Étude générale

BP-204F

LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION

Patricia Begin

DIVISION DES AFFAIRES POLITIQUES ET SOCIALES
Mai 1989

Bibliothèque du Parlement
Library of Parliament

Service de recherche

90-02612/

Le Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1989

N° de cat. YM32-2/204F
ISBN 0-660-92709-8

THIS DOCUMENT IS ALSO PUBLISHED IN ENGLISH

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

TABLE DES MATIÈRES

Page

INTRODUCTION..... 1

A. Quelles sont les techniques de reproduction?..... 2
B. Nature et fréquence de l'infertilité..... 3
C. Quelle est la cause de l'infertilité?..... 4

LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION..... 7

A. Insémination artificielle - IAC et IAD..... 8
B. Fécondation in vitro - FIV..... 12
C. Transfert d'embryon..... 18
D. Transfert tubaire des gamètes..... 19
E. Maternité de substitution..... 20
F. Sélection du sexe..... 22

RÉGLEMENTATION DES TECHNIQUES DE REPRODUCTION:
RECOMMANDATIONS RÉCENTES..... 24

A. Congélation et commercialisation du sperme, des ovules et des embryons humains..... 28
B. Critères d'admissibilité..... 29
C. Sélection des donneurs..... 33
D. Rémunération versée au donneur..... 34
E. Fréquence d'utilisation du sperme ou des ovules d'un donneur... 35
F. Liens entre la progéniture, le donneur et la receveuse..... 37
G. Anonymat des receveuses et des donneurs..... 39
H. Contrôle du donneur sur ses gamètes..... 40
I. Expériences pratiquées sur des embryons in vitro..... 42
J. Sélection du sexe..... 45
K. Maternité de substitution..... 46
L. Recherche..... 48
M. Renseignements fournis aux consommateurs infertiles..... 49

QUESTIONS NON EXAMINÉES DANS LE RAPPORT WARNOCK ET CELUI DE L'ONTARIO. 50

A. Répercussions des techniques de reproduction sur les femmes.... 50
B. Les techniques expérimentales de reproduction et l'éthique..... 51
C. Renseignements fournis aux consommateurs..... 51
D. Causes et prévention de l'infertilité..... 52
E. Recherche sur les techniques de reproduction..... 52

CONCLUSIONS..... 53

GLOSSAIRE..... 55

CANADA
LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION

INTRODUCTION

Depuis 1977, une coalition canadienne de groupes féministes, la Coalition canadienne pour la création d'une commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine, réclame la mise sur pied d'une commission d'enquête "pour étudier l'incidence et la réglementation des nouvelles techniques de reproduction(1)". Selon son porte-parole, il est essentiel de tenir un débat national sur les progrès réalisés en matière de reproduction avant d'adopter des règlements ou des lois dans les provinces.

Les membres de la coalition ont énuméré toute une gamme de questions qu'un tel débat pourrait englober: les répercussions sociales des techniques de reproduction; les aspects qualitatif et quantitatif de l'information fournie aux "clients" des techniques de reproduction concernant, entre autres, les risques physiologiques que courent les femmes et les chances de succès; la commercialisation des grossesses à contrat; le "commerce" des ovules humains, du sperme et des embryons qu'il est possible de vendre et d'acheter sur le marché; et les contraintes juridiques sur la qualité de vie de la femme pendant la grossesse. Parmi les formes de traitement des problèmes de fertilité qui préoccupent tout particulièrement la coalition, signalons la fécondation in vitro et le recours aux mères porteuses.

Peu de directives et de normes gouvernementales réglementent les techniques de reproduction au Canada à l'heure actuelle. La coalition préconise l'établissement de normes nationales pour en régir l'utilisation.

---

(1) D. Wilson, "Royal Commission on Reproduction Sought", Globe and Mail (Toronto), le 29 mars 1988.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Un porte-parole de la coalition a fait observer que "si différentes provinces adoptent une panoplie de lois sur les techniques de reproduction, les personnes qui ne peuvent obtenir un traitement donné dans une province iront tout simplement se faire soigner dans une autre(2)".

La ministre responsable de la condition féminine, Barbara McDougall, a indiqué, le 14 mars 1989, que le gouvernement "partage les préoccupations" de la coalition des groupes féministes concernant la nécessité d'étudier les conséquences des techniques de reproduction et de l'éventuelle commercialisation de la vie humaine sur la société et les femmes(3). Le gouvernement fédéral annonçait par la suite, dans le discours du trône prononcé le 3 avril 1989, qu'il comptait charger une commission royale d'enquête d'étudier les diverses techniques de reproduction et leurs répercussions. Le Canada figurera ainsi parmi le nombre croissant de pays qui ont entrepris des études nationales de ces pratiques depuis le début de la décennie.

A. Quelles sont les techniques de reproduction?

Les techniques de reproduction visent une gamme de problèmes de procréation et englobent une gamme étendue de procédures thérapeutiques dont la contraception, les examens diagnostiques prénatals, l'avortement, et les techniques destinées à surmonter l'infertilité et à favoriser la conception. Le présent document est axé sur ces dernières techniques, c'est-à-dire les méthodes, médicales ou non, mises au point pour traiter l'infertilité et prévenir la transmission de maladies génétiques à la progéniture d'un couple.

Les "nouvelles" techniques de reproduction, comme on les appelle souvent, offrent des moyens de concevoir un enfant en court-circuitant les relations sexuelles. Elles permettent de distinguer entre les parents génétiques, porteurs et nourriciers; il est ainsi possible qu'un enfant ait cinq "parents" différents, à savoir l'homme et la femme qui fournissent le sperme et l'ovule (les parents génétiques), la mère

---

(2) Ibid.

(3) S. Delacourt, "Ottawa to Study New Reproduction Issues", Globe and Mail (Toronto), 15 mars 1989.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

porteuse, et l'homme et la femme qui élèvent l'enfant (les parents sociaux ou nourriciers).

Dans l'ensemble, les thérapies utilisées pour pallier l'infertilité sont des traitements médicaux assurés par des praticiens privés et en clinique, dans les hôpitaux et les centres de sciences de la santé. Comme les services médicaux relèvent des provinces au Canada, c'est à celles-ci qu'il incomberait surtout de réglementer les technologies ou d'exercer un contrôle.

B. Nature et fréquence de l'infertilité

L'infertilité est un état de stérilité involontaire. Tant aux États-Unis qu'au Canada, elle est mesurée par l'inaptitude à concevoir sur une période de 12 mois en l'absence de contraceptifs(4).

Selon une étude fédérale réalisée en 1981, environ un couple canadien sur dix est infertile(5). Les résultats d'une étude menée en 1982 montrent que l'infertilité frappe environ 2,4 millions de couples mariés (8,5 p. 100) aux États-Unis(6).

Les résultats des enquêtes nationales utilisées pour estimer le taux d'infertilité aux États-Unis ne sont peut-être pas précis. Les enquêtes présentent des lacunes inhérentes susceptibles de se traduire par des surestimations et des sous-estimations de la proportion de couples infertiles au sein de la population. La période d'un an sur laquelle l'infertilité est mesurée entraîne une surestimation du problème car la conception se produit souvent sans traitement médical après plus d'un an. Selon une "étude d'observation systématique de 1 145 couples infertiles,

---

(4) U.S. Congress Office of Technology Assessment, Infertility: Medical and Social Choices, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office, 1988, p. 35, et Comité consultatif du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, "Stockage et utilisation du sperme humain", Santé nationale et Bien-être social Canada, 1981, p. x (appelé ci-après le Rapport de Santé nationale et Bien-être social Canada).

(5) Rapport de Santé nationale et Bien-être social Canada (1981), p. x. L'étude de Santé nationale et Bien-être social Canada n'indique pas la source de cette estimation ni la méthode de calcul utilisée.

(6) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 3.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

une grossesse s'est produite dans 35 p. 100 des couples qui n'ont pas subi de traitement(7)". La sous-estimation de l'infertilité découle généralement de la façon dont les questions sont formulées et du champ de l'enquête(8). Dans les enquêtes menées aux États-Unis, les questions étaient formulées de manière à considérer comme fertiles les couples qui ont toujours eu recours aux contraceptifs ou qui n'ont jamais tenté d'avoir des enfants. Un certain nombre de couples infertiles risquent ainsi de ne pas être pris en compte. De même, les répondants étant limités aux couples mariés, les estimations de l'infertilité n'englobent pas les personnes qui ne sont pas mariées.

Le Canada n'a pas encore réalisé d'étude nationale pour déterminer la fréquence de l'infertilité parmi les personnes et les couples en âge de procréer.

En Ontario, les spécialistes de ces problèmes estiment que l'infertilité frappe environ 15 à 20 p. 100 des couples de la province qui cherchent à procréer(9). Comme ce chiffre est fondé sur les couples qui s'adressent à des cliniques et qu'un nombre inconnu d'hommes et de femmes infertiles n'ont pas recours aux services de ses établissements, il s'agit probablement d'une sous-estimation.

C. Quelle est la cause de l'infertilité?

Jusqu'ici, la médecine et la science de la reproduction ont été axées surtout sur le "traitement" de l'infertilité. Des critiques ont fait valoir qu'au lieu de traiter ou de guérir le mal, les techniques de reproduction contournent ou court-circuitent les problèmes de l'infertilité(10). Certains reprochent en outre aux partisans du traitement de ne

---

(7) Ibid., p. 52.

(8) Ibid.

(9) Commission de réforme du droit de l'Ontario, Report on Human Artificial Reproduction and Related Matters, vol. 1, ministère du Procureur général, 1985, p. 10.

(10) Conseil du statut de la femme, "La maternité en miettes", Enjeux quand la technologie transforme la maternité, gouvernement du Québec, 1987, p. 4.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

pas examiner à fond les causes de l'infertilité chez les hommes et les femmes et de ne pas mettre au point des stratégies préventives. Parmi les causes d'infertilité connues, signalons les toxines absorbées au travail, les contraceptifs comme le stérilet, les maladies transmises sexuellement et la malnutrition(11).

Reconnaissant que les toxines absorbées au travail sont une des causes d'infertilité, certaines entreprises américaines ont adopté des politiques visant à protéger les femmes d'âge à procréer et les foetus contre les dangers que présente l'exposition à des produits chimiques dangereux au travail. Au lieu de créer un milieu de travail sain et sans risque pour l'ensemble du personnel, ces politiques excluent les femmes en âge de procréer de postes où elles seraient exposées à des substances nocives. J. Bertin a ainsi constaté dans ses recherches qu'à cause des politiques adoptées par bon nombre de grandes sociétés américaines, les femmes se voient interdire l'accès à des centaines de postes bien rémunérés(12). Ces politiques d'exclusion semblent fondées, entre autres, sur deux fausses hypothèses, à savoir que seules les femmes déterminent la composition génétique des enfants et que l'infertilité frappe uniquement les femmes.

Outre les conditions insalubres de travail, les maladies transmises sexuellement, qui sont particulièrement néfastes pour les organes de reproduction des femmes, constituent un risque d'infertilité courant chez les femmes. Katherine Young, chargée de recherche au Centre for Medicine, Ethics and Law de l'université McGill, poursuit une étude, sur une période de deux ans, des techniques de reproduction. Selon elle, "les maladies transmises sexuellement [...] sont la principale cause

---

(11) L.B. Andrews, "Alternative Modes of Reproduction", Reproductive Laws for the 1990s, (éd.) N. Taub et S. Cohen, Rutgers, State University of New Jersey, 1988, p. 261. N. Pfeffer, "Artificial Insemination, In-vitro Fertilization and the Stigma of Infertility", Reproductive Technologies, (éd.) M. Stanworth, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1987, p. 82. CBC Transcripts, "Drawing the Line: Reproductive Technology", Ideas, la Société Radio-Canada, Québec, 17 mars 1986, p. 9.

(12) J. Bertin, "Reproductive Hazards in the Workplace", Reproductive Laws for the 1990s (1988), p. 209-214.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

d'infertilité chez les femmes[13]". Selon les estimations établies, les maladies transmises sexuellement viendraient au troisième rang des maladies infectieuses aux États-Unis, après le rhume et la grippe, et elles seraient la cause de 20 p. 100 des cas d'infertilité[14]. Malgré cette situation, la profession médicale et le gouvernement n'appuient guère les programmes d'étude et de recherche sur les maladies transmises sexuellement[15].

Des études ayant révélé que la situation socio-économique des femmes a une incidence sur le taux d'infertilité, certains observateurs font ressortir le peu de choix qui s'offrent aux femmes en âge de procréer qui travaillent. Le manque de services de garde d'enfants à des prix abordables et l'absence de congé parental, ajoutés aux emplois mal rémunérés qu'exercent un grand nombre de femmes, amènent celles-ci à reporter la procréation à un âge où elles sont moins fertiles[16].

Selon certains auteurs, les études sur l'infertilité devraient donc insister sur les causes du problème et sur l'importance des stratégies préventives pour améliorer la capacité de reproduction des femmes. Un spécialiste américain reconnu des aspects juridiques de la procréation a préconisé, pour cette raison, d'étendre l'étude des causes de l'infertilité aux facteurs sociaux et physiques[17].

Nous examinerons, dans les pages qui suivent, les techniques de reproduction et les problèmes sociaux, médicaux, moraux et juridiques qu'elles posent. Nous y présenterons également l'information disponible sur le niveau de la demande, les succès obtenus et le coût des techniques. Ces aspects seront suivis d'une discussion sur la réglementation des nouvelles techniques de reproduction et d'un aperçu des recommandations, formulées par certains comités provinciaux, fédéraux et internationaux qui

---

(13) K. Dunn, "Reproduction Study Too Narrow: Scholar", Gazette (Montréal), 6 avril 1989.

(14) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 61.

(15) Ibid., p. 88.

(16) M. Thom, "Dilemmas of the New Birth Technologies", Ms., mai 1988, p. 76.

(17) Andrews (1988), p. 261.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

se sont penchés sur le sujet, concernant la réglementation des techniques de reproduction.

LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION

La demande de traitement des problèmes de fertilité, déjà élevée, augmente aux États-Unis. Selon l'Office of Technology Assessment (OTA) du Congrès des États-Unis, le nombre de visites chez les médecins privés pour des traitements susceptibles de favoriser la conception est passé de 600 000 en 1968 à 1,6 million en 1984(18). L'OTA signale également qu'en 1986 les Américains ont dépensé environ un milliard de dollars en traitements liés à des problèmes de fertilité. Chaque année, par ailleurs, environ 20 000 couples ont des enfants grâce aux substances génétiques obtenues de tierces personnes aux États-Unis(19). Il n'existe pas de données comparables pour l'ensemble du Canada.

L'OTA fait observer que "même si l'infertilité peut frapper également les hommes et les femmes [...] il existe relativement peu de services de diagnostic et de traitement pour les hommes(20)". Ce sont les femmes qui font l'objet de toutes les techniques destinées à favoriser la conception.

Comme nous l'avons déjà signalé, il existe une gamme étendue de techniques de reproduction pour favoriser la conception. Malgré leur étiquette, certaines ne sont ni "nouvelles", ni particulièrement "de pointe". Les "nouvelles techniques de reproduction" comprennent l'insémination artificielle (par le conjoint (IAC), ou par un donneur (IAD)), la fécondation in vitro (FIV), les mères porteuses, la détermination du sexe, le don d'ovules, le transfert d'embryons, et le transfert tubaire des gamètes. D'autres techniques de cryopréservation du sperme, des ovules et

---

(18) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 56.

(19) P. Donovan, "New Reproductive Technologies: Some Legal Dilemmas", Family Planning Perspectives, vol. 18, n° 2, mars/avril 1986, p. 57.

(20) U.S. Office of Technology Assessment (1988), p. 139.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

des embryons et la possibilité d'expérimentation sur les embryons préimplantés viennent s'y greffer.

A. Insémination artificielle - IAC et IAD

L'insémination artificielle (IA) est une procédure utilisée pour "traiter" (court-circuiter) l'infertilité de l'homme ou éviter les anomalies génétiques transmises par celui-ci. Elle a été pratiquée pour la première fois en Amérique du Nord en 1884. C'est, pour remplacer l'accouplement, la technique de reproduction la plus simple et la plus courante et celle qui connaît le plus de succès(21). Elle consiste à déposer du sperme frais ou décongelé dans les voies génitales de la femme au moment de l'ovulation. Même si le sperme peut provenir du conjoint ou du partenaire (IAC), il est dans la plupart des cas fourni par un donneur que la femme ne connaît pas (IAD). La progéniture ou l'enfant issu d'une IAD est donc apparenté génétiquement à la mère et à un donneur anonyme. L'insémination artificielle a fait l'objet au Canada d'un rapport fédéral et de quatre études provinciales(22).

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a réalisé en 1981 une étude sur le stockage et l'utilisation du sperme humain. Il a répertorié 18 cliniques dans des centres canadiens de sciences de la santé qui offrent des services d'insémination artificielle en faisant appel à des donneurs. Les rapports font état de plus de 1 500 naissances résultant d'une IAD(23). Le Rapport de Santé nationale et

---

(21) Donovan (1986).

(22) Voir Commission de réforme du droit de l'Ontario, Report on Human Artificial Reproduction and Related Matters, vol. 1 et 2, ministère du Procureur général, 1985 (appelé ci-après le Rapport de l'Ontario). Law Reform Commission of Saskatchewan, Tentative Proposals for a Human Artificial Insemination Act, 1981, (appelé ci-après le Rapport de la Saskatchewan). Rapport de Santé nationale et Bien-être social Canada (1981). Alberta Institute of Law Research and Reform, Status of Children, Rapport n° 20, Alberta, 1976. British Columbia Royal Commission on Family and Children's Law, Ninth Report of the Commission on Family and Children's Law: Artificial Insemination, Vancouver, 1975.

(23) Rapport de Santé nationale et Bien-être social Canada (1981), p. x.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Bien-être social Canada se fonde sur des données recueillies en 1979 au moyen des questionnaires remplis par 11 centres d'IA de tout le Canada. Dans l'ensemble, environ 90 couples s'adressaient à ces centres chaque mois pour traiter des problèmes de fertilité. Lorsqu'une grossesse en résultait, elle se produisait en moyenne après six ou sept inséminations, de sorte que, en tenant compte des échecs, les cliniques procédaient chaque mois à plus de 500 inséminations. Le rapport fait état d'un taux de succès de 59 p. 100 mais ne précise pas si ce pourcentage est fonction du nombre de femmes traitées ou du nombre d'inséminations pratiquées. Le nombre de donneurs de sperme variait de 7 à 120 selon la clinique et chacun donnait une dizaine d'échantillons par année. Dans trois des centres, le sperme était congelé et entreposé dans de l'azote liquide puis dégelé au moment de l'insémination(24).

Au Québec, les cliniques versent de 25 à 50 $ par échantillon aux donneurs. L'insémination artificielle coûte en général 200 $ au total. Entre 1979 et 1984, le Régime d'assurance-maladie du Québec a pris en charge, pour l'ensemble du Québec, 34 505 cas d'insémination artificielle; le nombre moyen d'inséminations était de huit à dix par femme(25).

La Commission de réforme du droit de l'Ontario a rendu public en 1985 les résultats de sa vaste étude sur les techniques de reproduction. Il ressort des données du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (OHIP) publiées par la Commission qu'il y a eu 9 973 actes d'insémination artificielle en 1983-1984, contre 10 360 en 1982-1983 et 8 356 en 1981-1982. Les chiffres n'indiquent ni le nombre de femmes en cause, ni le nombre d'inséminations pratiquées sur chacune(26).

Certains auteurs mettent en doute le caractère "médical" de l'insémination artificielle, qui n'est pas une procédure de pointe. La Commission de réforme du droit de l'Ontario fait observer que même si l'intervention d'un médecin n'est pas nécessaire, l'insémination artificielle comporte des aspects médicaux, à savoir: la sélection et le tri des

---

(24) Ibid., p. x-xi.

(25) Conseil du statut de la femme (1987), p. 16.

(26) Rapport de l'Ontario (1985), p. 18.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

donneurs; l'examen et le stockage du sperme; l'examen médical et, s'il y a lieu, psychologique de la femme inséminée; le choix d'un donneur qui présente des caractéristiques semblables au père social; le traitement de la femme inséminée pour régulariser l'ovulation; et l'établissement du cycle menstruel de la femme(27).

L'IAD soulève bon nombre de questions sociales, morales et juridiques. D'autres techniques de reproduction présentent les mêmes difficultés car elles ont pour la plupart les caractéristiques suivantes en commun: ce sont des traitements réservés aux femmes; ils font appel à une substance génétique provenant d'un tiers; et l'acte pratiqué est rémunéré.

L'insémination artificielle soulève les sujets de préoccupation suivants:

Critères d'admissibilité Faut-il tenir compte, lorsqu'il s'agit de décider de pratiquer l'insémination artificielle sur une personne ou de la lui refuser, de caractéristiques telles que l'âge, la capacité mentale, l'état matrimonial, le consentement du partenaire, l'orientation sexuelle ou la situation économique?

Tri des donneurs Faudrait-il réglementer la façon dont le sperme est obtenu des donneurs pour éviter la transmission des maladies transmises sexuellement ou génétiques à la femme inséminée et à sa progéniture? Le donneur et (ou) le médecin sont-ils responsables lorsque le donneur transmet une maladie ou une infirmité par son sperme?

Rémunération des donneurs Les donneurs de sperme ont-ils droit à une compensation pour leur substance génétique? Cette compensation incite-t-elle à taire des renseignements médicaux personnels susceptibles d'entraîner l'exclusion d'un donneur éventuel? Si une compensation monétaire est acceptable, quel devrait en être le montant?

Registres Faudrait-il tenir des registres des femmes inséminées et donneurs avec renvoi de l'un à l'autre? Faut-il prendre des mesures de

---

(27) Ibid., p. 17-18.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

sécurité particulières pour assurer l'anonymat des donneurs et des femmes inséminées?

Banques de sperme Faut-il congeler le sperme et le conserver pour usage ultérieur? Doit-on autoriser l'exploitation de banques de sperme commerciales à but lucratif et leur permettre d'importer du sperme d'autres juridictions? Doit-on autoriser des entrepreneurs à créer des banques pour vendre le sperme de donneurs qui présentent des caractéristiques "supérieures" ou cela équivaudrait-il à tenter de créer une "race supérieure"?

Statut d'un enfant engendré par IAD Si un enfant est, sur le plan biologique, la progéniture de la mère et d'un donneur, quel est son statut juridique? Le père biologique a-t-il des droits et des responsabilités à l'égard de son enfant? Quels sont les droits et responsabilités du père social (le partenaire ou le mari de la mère)? Quelles seraient les conséquences si une femme se faisait inséminer artificiellement sans son consentement? Faut-il adopter une loi pour faire de l'enfant engendré par IAD l'enfant légitime de la mère et du partenaire ou mari consentant? Le certificat de naissance doit-il identifier comme père de l'enfant le père biologique ou le père social? Quels droits ont les enfants lorsqu'il s'agit de retrouver leurs parents génétiques?

Protection des enfants engendrés par IAD Faut-il limiter le nombre d'enfants qu'un donneur de sperme peut engendrer? Quelles sont les probabilités qu'un enfant engendré par IAD ait une relation incestueuse à son insu? Quel effet l'impossibilité de retrouver leur père génétique a-t-elle sur les enfants engendrés par IAD?

Dans les deux juridictions canadiennes (le Québec et le Yukon) qui en ont adoptées, les lois concernant l'insémination artificielle se bornent à déterminer la légitimité des enfants engendrés par IAD. Au Québec, le Code civil stipule que l'enfant engendré par IAD est présumé être l'enfant légitime du partenaire masculin consentant de la femme. La Loi de l'enfance du Territoire du Yukon, en plus de renfermer la même

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

présomption, précise que le donneur n'est pas considéré comme le père juridique(28).

B. Fécondation in vitro - FIV

La fécondation in vitro est une intervention thérapeutique qui vise à régler les problèmes de fertilité attribuables entre autres à l'obstruction des trompes de Fallope, au rejet des spermatozoïdes par les anticorps produits par la femme ou au nombre peu élevé des spermatozoïdes de son partenaire. Il convient de noter que la FIV était à l'origine destinée aux femmes dont les trompes de Fallope étaient obstruées, puis à celles souffrant d'endométriose; cette technique est maintenant de plus en plus utilisée pour des causes d'infertilité qui n'ont rien à voir avec les femmes, notamment l'infertilité inexpliquée des deux partenaires d'un couple, une faible motilité des spermatozoïdes, un nombre peu élevé de ceux-ci et une mauvaise interaction entre les spermatozoïdes et la glaire cervicale. Ces problèmes ne sont pas directement liés à l'infertilité féminine et, pourtant, on peut constater à quel point les nouvelles techniques de reproduction se concentrent sur le corps de la femme.

Par FIV on désigne la rencontre des gamètes humains (ovule et spermatozoïdes) provoquée à l'extérieur de l'organisme, dans un laboratoire. Les bébés nés de la fécondation in vitro sont appelés "bébé éprouvette", car la fécondation a littéralement lieu "dans du verre", soit dans un récipient de laboratoire en verre. Aucune tierce partie ne participe à la formation du bagage génétique de l'enfant à naître.

La FIV est une technique médicale complexe qui comporte plusieurs étapes. De fortes doses d'inducteurs de l'ovulation sont tout d'abord administrées à la femme, qui n'est peut-être pas stérile, pour stimuler artificiellement ses ovaires de façon qu'ils produisent plusieurs ovules par cycle. Une fois arrivés à maturité, les ovules sont prélevés dans l'ovaire de la femme lors d'une intervention chirurgicale, à l'aide d'un laparoscope. Ce prélèvement se fait habituellement sous anesthésie

---

(28) P. Spallone et D.L. Steinberg, "International Report", Made to Order: The Myth of Reproductive and Genetic Progress, (éd.) P. Spallone et D.L. Steinberg, Pergamon Press, Oxford, 1987, p. 23.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

générale. Les ovules prélevés sont ensuite placés dans une boîte de Pétri et mis en contact avec les spermatozoïdes du partenaire pour être fertilisés. Plus tard, les embryons (ovules fertilisés) sont replacés dans l'utérus de la femme. Si ces embryons se fixent à la paroi interne de l'utérus, la grossesse débute(29).

La fécondation in vitro est l'une des méthodes de reproduction qui soulèvent le plus de controverses. Il y a un peu plus de dix ans, on mettait en doute sa faisabilité. Depuis la naissance du premier "bébé éprouvette" en 1978, environ 4 600 enfants auraient été conçus de cette façon dans le monde(30). Cette méthode soulève toutefois beaucoup de préoccupations.

Au Canada, très peu de recherches ont été effectuées sur les programmes de FIV, qu'il s'agisse des besoins en la matière, de l'accès à ces programmes, de leur disponibilité, de leurs coûts ou de leur taux de réussite. De fait, les renseignements les plus récents et les plus complets dont nous disposions sur la situation de la FIV au Canada figurent dans une série de trois articles publiés en 1988 dans le Globe and Mail(31). À moins d'avis contraire, les renseignements qui suivent ont été tirés de ces articles.

À la fin de 1987, il existait, dans tout le Canada, douze cliniques de FIV; trois autres devaient ouvrir leur porte en 1988. La première clinique canadienne de ce genre a été ouverte à Québec, en 1979. Environ 3 500 femmes canadiennes ont essayé cette méthode de reproduction, qui a permis à 365 bébés de voir le jour. Le taux de réussite le plus élevé de toutes ces cliniques est de 13 p. 100.

Les risques liés à la fécondation in vitro sont inversement proportionnels aux chances de succès. Autrement dit, selon les

---

(29) Rapport de l'Ontario (1985), p. 24-25.

(30) L. Walters, "Ethics and New Reproduction Technologies: An International Review of Committee Statements", Hastings Centre Report, (supplément spécial), juin 1987, p. 3.

(31) A. Pappert, "In vitro program has risks and pregnancy rate is low", Globe and Mail (Toronto), 6 février 1988; "Success rates not what they seem", Globe and Mail (Toronto), 8 février 1988; "New technology poses ethical dilemma", Globe and Mail (Toronto), 9 février 1988.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

statistiques, les risques que présente cette nouvelle technique pour les femmes et les bébés sont élevés, tandis que les chances de devenir enceinte et de donner naissance, à terme, à un bébé en santé sont plutôt faibles. La FIV est une expérience difficile, tant sur le plan physique que sur le plan affectif, pour les femmes qui la tentent, souvent plus d'une fois. Celles-ci doivent en effet subir un traitement hormonal, une intervention chirurgicale, une anesthésie générale ainsi que des échographies et des prises de sang répétées(32). En outre, les substances données aux femmes pour stimuler leurs ovaires afin qu'ils produisent plus d'ovules ont été comparées au DES (diéthylstilbestrol)(33), un médicament prescrit aux femmes dans les années 40 et 50 pour empêcher les fausses-couches. Il a plus tard été reconnu que le DES causait le cancer du col utérin chez ces femmes et leurs filles. Un lien a en effet été établi entre la thérapie hormonale de la FIV et le cancer ainsi que l'apparition de kystes ovariens. En outre, comme les cliniques transfèrent jusqu'à trois ou quatre embryons à la fois pour augmenter les chances de succès, les grossesses multiples ne sont pas rares après une fécondation *in vitro*; en pareils cas, les risques pour la mère et les foetus sont encore plus élevés.

Les dangers que la FIV présente pour la vie et la santé des enfants nés grâce à cette technique ont également fait l'objet de recherches. Ainsi, selon une étude effectuée par le gouvernement australien en 1985 sur 900 grossesses par FIV, les bébés conçus de cette façon ont quatre fois plus de chances d'être mort-nés et d'avoir des anomalies. En outre, ces bébés sont affligés de malformations congénitales deux fois plus souvent que les autres bébés.

Par ailleurs, les coûts engendrés par la fécondation *in vitro* sont élevés. Le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (OHIP) est le seul régime provincial au Canada à assumer les frais exigés par les

---

(32) L. Williams, "But What Will They Mean for Women?" "Feminist Concerns about the New Reproductive Technologies", *Feminist Perspectives*, n° 6, Institut canadien de recherches sur les femmes, Ottawa, 1986, p. 13.

(33) M. Eichler, "Reflections on Motherhood, Apple Pie, the New Reproductive Technologies and the Role of Sociologists in Society", *Society*, bulletin de la Société canadienne de sociologie et d'anthropologie, vol. 13, n° 1, février 1989, p. 2.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

cliniques rattachées à des hôpitaux. (De fait, l'Ontario est l'une des rares administrations du monde à agir ainsi.) On estime que le gouvernement ontarien a dépensé plus de 7 millions de dollars en deux ans dans quatre cliniques. Comme environ 200 bébés y sont nés durant cette période, ce montant représente des coûts moyens de 35 000 $ par bébé. Bien que les frais de certains travaux de laboratoire soient assumés par l'OHIP, les couples qui fréquentent les cliniques privées ontariennes déboursent jusqu'à 2 500 $ pour chaque tentative de FIV. Dans d'autres provinces, il peut en coûter jusqu'à 5 200 $ par tentative.

Le faible taux de réussite de la FIV (qui varie de 5 à 15 p. 100 dans le monde entier) a donné lieu à bien des critiques; on a ainsi prétendu que cette méthode de reproduction constituait davantage un prétexte pour faire des expériences sur le corps de la femme qu'un traitement(34). Les participants au Colloque international de bioéthique qui a eu lieu à Toronto en 1987 sont arrivés à la conclusion qu'il faudrait continuer de considérer que la fécondation in vitro en est encore au stade expérimental en raison de son faible taux de réussite.

De nombreuses personnes infertiles se sont tournées vers la conception assistée après avoir tenté en vain d'avoir un enfant pendant des années. Ce désir impérieux, chargé d'émotivité dans certains cas, les rend vulnérables à l'exploitation. En effet, des éléments indiquent que les médecins et agences spécialisés dans le traitement de l'infertilité ne sont pas tout à fait francs en ce qui concerne les chances de devenir enceinte et de mener un foetus à terme. Autrement dit, les données sur les taux de réussite sont équivoques. Certaines des cliniques qui prétendent que leur taux de réussite est élevé ont tendance à tirer leurs statistiques d'un échantillonnage très restreint. En outre, quelques cliniques refusent les femmes qui ont peu de chances de concevoir, notamment les femmes plus âgées ou celles qui ont des problèmes de fertilité particuliers. Comme les cliniques relevant d'autres compétences, les cliniques canadiennes qui acceptent de rendre leur taux de réussite public calculent celui-ci à partir du nombre de grossesses et non du nombre de naissances; elles incluent donc dans leurs statistiques les grossesses ectopiques (en dehors

---

(34) Williams (1986), p. 14.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

de l'utérus) et les fausses-couches. On estime qu'environ 5 p. 100 des grossesses obtenues par FIV sont des grossesses ectopiques et que, dans certaines cliniques, le pourcentage de fausses-couches est de 50 à 60 p. 100. Quelques observateurs craignent qu'on cache délibérément aux femmes infertiles en mal d'enfant les risques que la FIV présente pour la santé et les faibles taux de réussite de cette méthode de reproduction. En fait, une étude des cliniques américaines de FIV a permis de constater qu'il était monnaie courante de donner de mauvais renseignements de façon délibérée. Le directeur d'une clinique de ce genre a d'ailleurs déclaré qu'il n'était pas rare de citer aux femmes un taux de réussite général sans leur préciser celui de la clinique où elles s'étaient rendues. Il a ensuite admis que si elle apprenait la vérité, aucune patiente saine d'esprit n'accepterait de subir un traitement aussi onéreux. Le simple fait qu'elles tentent l'expérience prouve qu'on ne leur a pas dit toute la vérité(35).

La fécondation in vitro a donné lieu à l'apparition de techniques de congélation des embryons, ou cryopréservation, parce que, pour éviter une grossesse multiple, un nombre limité d'embryons sont implantés dans l'utérus des femmes qui tentent l'expérience. Les embryons surnuméraires sont alors congelés pour être utilisés plus tard si la première tentative échoue ou si plus tard, le couple décide d'avoir d'autres enfants. Environ un embryon congelé sur 10 seulement mène à une grossesse couronnée de succès. Ainsi, dans le monde entier, quelque 100 bébés sont nés à partir d'un embryon congelé. Compte tenu du faible taux de réussite, cette technique en est encore au stade expérimental(36).

La congélation d'embryons a soulevé un certain nombre de questions sur le statut de ceux qui n'ont pas été implantés. Ainsi, qui peut légalement utiliser les embryons si le couple meurt, divorce ou décide de ne pas essayer la FIV une nouvelle fois? Appartiennent-ils à quelqu'un? Peuvent-ils être détruits? Peuvent-ils être utilisés à des fins

---

(35) G. Corea et S. Ince, "Report of a Survey of IVF Clinics in the U.S.", Made to Order: The Myth of Reproductive and Genetic Progress (1987), p. 139.

(36) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 299.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

d'expérimentation? Comment choisit-on les embryons qui seront implantés? Qui décide du nombre d'embryons à implanter? Quels dangers menacent les bébés nés à partir d'un embryon congelé? Combien de temps ces embryons peuvent-ils être conservés?

Cette nouvelle méthode de reproduction soulève une autre controverse: la destruction sélective des foetus. Pour diminuer les risques liés aux grossesses multiples, les médecins font maintenant avorter une femme qui ne peut ou ne veut pas poursuivre une telle grossesse(37). Cette pratique médicale pose un problème moral à bien des femmes.

Au Canada, aucune ligne directrice ni aucun principe législatif ne régit la fécondation in vitro et les techniques connexes de congélation des embryons et de destruction sélective. Selon le directeur du Centre for Professional and Applied Ethics de l'université du Manitoba, une femme a le droit de contrôler le nombre de foetus qu'elle désire porter lors d'une grossesse multiple, mais la FIV est entourée d'un vide juridique qu'il faut absolument combler(38).

Ce vide juridique a permis aux différents hôpitaux d'adopter leurs propres normes. Ainsi, le Toronto East General Hospital et le Toronto General Hospital congèlent les embryons surnuméraires. Au premier d'entre eux, les couples font don de leurs embryons congelés à d'autres couples infertiles, ce qui permet de résoudre le problème des embryons surnuméraires. De plus, dans cet hôpital, trois ou quatre embryons au plus sont congelés pour chaque couple. Si les deux partenaires décèdent, l'hôpital revendique la propriété des embryons. Toutefois, si un couple se séparait, on n'a pas encore établi à qui appartiendraient les embryons(39). Par ailleurs, le Toronto General Hospital a adopté comme principe de ne pas conserver d'embryons congelés pendant plus de deux ans. Les embryons non utilisés sont alors détruits ou donnés à des fins de recherche.

---

(37) D. Lipovenko, "Infertility Technology Forces People to Make Life and Death Choices", Globe and Mail (Toronto), 21 janvier 1989.

(38) Ibid.

(39) D. Lipovenko, "Freezing of human embryos raises legal, ethical questions", Globe and Mail (Toronto), 20 janvier 1989.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

C. Transfert d'embryon

Le transfert d'embryon est un procédé non chirurgical initialement mis au point pour l'élevage du bétail. Dans le cadre des techniques de reproduction humaine, il permet de venir en aide à une femme infertile dont l'utérus est normal, mais qui est incapable de concevoir en raison de l'obstruction des trompes ou de l'absence d'ovaires. Cette technique se distingue de la FIV, puisqu'elle suppose l'utilisation des ovules d'une femme fertile par une femme infertile.

Le transfert d'embryon peut se faire de trois façons.

1) Le partenaire de la femme infertile insémine artificiellement une femme fertile. Une fois la conception réalisée, l'intérieur de l'utérus de la donneuse est lavé de manière à recouvrer l'embryon fécondé. Ce procédé porte le nom de "lavage". L'embryon est alors implanté de façon non chirurgicale dans l'utérus de la femme infertile.

2) Une femme infertile se fait implanter un embryon provenant d'un couple donneur qui dispose d'un ou de plusieurs embryons "surnuméraires" après un traitement FIV.

3) Le partenaire de la femme infertile féconde in vitro des ovules provenant de donneuses. L'embryon est alors implanté dans l'utérus de la femme infertile.

Ainsi, l'embryon transféré dans l'utérus d'une femme infertile peut être le résultat d'une fécondation in vivo, c'est-à-dire à l'intérieur du corps de la donneuse, par le sperme du partenaire de la femme infertile. Ce transfert nécessite également le lavage de l'utérus de la donneuse; il peut aussi être le résultat d'une fécondation in vitro si l'on utilise les gamètes (ovule et sperme) d'un couple donneur; enfin, il peut être le produit d'une fécondation in vitro si l'on utilise l'ovule d'une donneuse fertile et le sperme du partenaire de la femme infertile.

Le transfert d'embryon entraîne le don d'un tiers et, dans le cas de don d'embryon, la participation d'une quatrième personne qui fait

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

don du matériel génétique. Ce procédé permet à celle qui reçoit l'embryon d'avoir des liens biologiques et sociaux avec l'enfant même si elle n'est pas la mère génétique. Le partenaire de la femme infertile est également génétiquement apparenté à l'enfant si ses gamètes ont servi à la conception(40).

Bien des questions d'ordre médical, social et juridique soulevées par l'insémination artificielle avec donneur et par la fécondation in vitro se posent au sujet du transfert d'embryon. En outre, le transfert d'embryon, qui nécessite un lavage, inquiète les médecins pour des raisons bien précises. Ce procédé est considéré comme étant encore au stade expérimental -- il a en effet donné lieu à peu de grossesses viables -- et les risques de santé que court la donneuse fertile sont graves. Si le lavage échoue, la donneuse risque une grossesse ectopique et multiple. En outre, le procédé peut entraîner la transmission de maladies ou d'infections dans l'utérus de la donneuse. Compte tenu de ces risques, l'avenir de cette technique est incertain selon le U.S. Congress Office of Technology Assessment(41).

D. Transfert tubaire des gamètes

Cette technique de reproduction consiste à prélever les ovules d'une femme qui a au moins une trompe de Fallope normale. Le sperme de son partenaire ou d'un donneur, ainsi que les ovules non fécondés, sont alors introduits dans la trompe de Fallope normale de la femme en vue de la fécondation et d'un développement normal. D'après l'OTA, ce procédé, décrit pour la première fois en 1984, est appelé à se généraliser, ce qui fournira une option supplémentaire aux femmes souffrant d'infertilité persistante et inexpliquée(42). La documentation examinée aux fins du présent exposé ne fait mention d'aucune clinique au Canada qui appliquerait la technique du transfert tubaire des gamètes. En fait, les divers

---

(40) Institut Vanier de la Famille, p. 11.

(41) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 298.

(42) Ibid., p. 61.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

rapports examinés dans la prochaine partie de cet exposé ne font nullement mention de cette technique.

E. Maternité de substitution

De toutes les techniques de reproduction assistée, la maternité de substitution est celle qui suscite les critiques les plus vives du public. Ce procédé consiste essentiellement à inséminer artificiellement une femme avec le sperme d'un homme dont l'épouse ou la partenaire est infertile. (Il existe des techniques autres que l'insémination artificielle, mais celles-ci sont rarement employées d'après la documentation consultée.) La mère porteuse signe en général un contrat avant la conception en vertu duquel elle s'engage à porter l'enfant de l'homme en question, à lui donner naissance et à le remettre au couple après la naissance. En vertu d'une telle entente, l'enfant est génétiquement apparenté à la mère porteuse et au mari de la femme infertile. La mère porteuse est presque toujours payée pour le service rendu(43).

Aux dires de certains, l'expression "maternité de substitution" est mal choisie. Une personne a fait valoir qu'elle est même totalement inexacte. Toute femme qui est en travail pour donner naissance à un enfant issu de son ovule et de son utérus est une vraie mère(44). Par ailleurs, il a déjà été souligné que la maternité de substitution, qui fait partie de ce qu'on appelle les "nouvelles techniques de reproduction", nécessite l'insémination artificielle, procédé nullement novateur, ainsi qu'un contrat signé avant la conception en vue de la fabrication d'un enfant; or, un contrat n'est pas une technique(45). À cet égard, il serait peut-être plus juste d'assimiler ce procédé à un accord ou à une entente de reproduction.

Outre les questions que soulève l'IAD, la maternité de substitution pose des problèmes qui lui sont propres. La femme type qui signe un contrat pour concevoir et mener à terme un foetus pour un couple

---

(43) Conseil du statut de la femme (1987), p. 20.

(44) Williams (1986), p. 19.

(45) Eichler (1989), p. 1.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

appartient, selon toute probabilité, à la catégorie des cols bleus ou est une femme au foyer, tandis que les deux conjoints cherchant une mère porteuse sont en général des professionnels(46). Ainsi, les contrats de maternité de substitution ne sont en général pas des contrats entre égaux.

Pour certains, l'aspect commercial de la maternité de substitution est la question la plus controversée qui se pose à ce sujet(47). Cette forme de maternité est considérée comme équivalente à une vente de bébé. Légalement, un être humain ne peut faire l'objet de commerce; or, certaines femmes qui signent des contrats de maternité de substitution reçoivent 10 000 $ pour leurs services ainsi que le remboursement des frais médicaux(48). L'on peut alors se demander ce qui fait l'objet du paiement: le produit livré, les risques pris ou encore les désagréments vécus(49)?

Certains ont fait valoir que par suite de telles ententes, les femmes jouent uniquement le rôle de reproductrices et les enfants qu'elles portent ne sont plus que des produits ou des marchandises(50).

Légalement, on peut aussi se demander si ces contrats, signés avant la conception, sont exécutoires. Peut-on contrôler le style de vie d'une mère porteuse pendant sa grossesse? Peut-on l'obliger à subir des épreuves diagnostiques prénatales? Que faire si elle décide de garder l'enfant à la naissance? Que faire si le couple refuse d'exécuter le contrat? L'État doit-il intervenir et surveiller les clauses de tels contrats passés entre adultes "consentants"?

Au début de 1989, un rapport non publié, préparé à l'intention de la Commission de réforme du droit du Canada, faisait état d'au moins 118 contrats de maternité de substitution signés par des

---

(46) D. Lipovenko, "Study Undertaken For Law Reform Body Turns Up 118 Surrogate-Mother Cases", Globe and Mail (Toronto), 10 février 1989.

(47) Conseil du statut de la femme (1987), p. 21.

(48) Lipovenko (10 février 1989).

(49) Institut Vanier de la Famille, p. 15.

(50) Ibid.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Canadiens(51). Il s'agirait de couples canadiens qui ont conclu de tels contrats avec des Américaines, par l'intermédiaire d'agences de mères porteuses, ou qui ont engagé une mère porteuse canadienne. Les auteurs du rapport pensent que ce chiffre est trop conservateur puisque cette pratique s'exerce, au Canada, dans une large part de façon clandestine. Aux États-Unis, on estime que jusqu'au début de 1988, près de 600 naissances ont fait l'objet d'entente de maternité de substitution(52). Malgré la controverse entourant ce procédé, peu de cas réels sont documentés.

F. Sélection du sexe

Des cliniques de sexage à but lucratif et franchisées existent actuellement dans certaines villes du Canada(53). La technique de sexage a été mise au point par un médecin américain qui a vendu 65 concessions dans le monde entier depuis 1973. Le sexe d'un enfant est déterminé par le sperme: si les spermatozoïdes portent des chromosomes X, ils donneront une fille, s'ils portent des chromosomes Y, un garçon. Le sexage consiste à séparer les spermatozoïdes portant des chromosomes X des spermatozoïdes portant des chromosomes Y et à inséminer artificiellement la mère, qui prend des inducteurs de l'ovulation, par du sperme à forte concentration X ou Y, suivant le sexe désiré de l'enfant. Environ 700 bébés sont nés suivant ce procédé; le taux de réussite varie de 80 à 85 p. 100 dans le cas de pré-sélection des garçons; il est de 70 p. 100 dans le cas de pré-sélection des filles. En 1988, une clinique de ce genre était en activité à Toronto, une autre devait ouvrir ses portes à Edmonton, tandis qu'on songeait à en mettre sur pied dans cinq autres villes canadiennes. La clinique de Toronto demande 600 $ d'honoraires pour la séparation de spermatozoïdes et l'insémination artificielle. Il faut en moyenne trois essais avant de parvenir à déclencher une grossesse.

---

(51) Lipovenko (10 février 1989).

(52) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 267.

(53) C. Cornacchia, "New Franchises Offer You a Designer Baby", Gazette (Montréal), 12 mars 1988.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Les cliniques de sexage tentent de déterminer le sexe au moment de la conception. Le sexage peut également se faire après la conception. Grâce à la technique de la biopsie chorionique, une femme peut connaître la santé génétique et le sexe de son foetus au début de sa grossesse -- soit à la dixième semaine environ. La biopsie chorionique a été mise au point pour les femmes de plus de 35 ans qui courent un risque relativement élevé de donner naissance à un enfant souffrant d'une anomalie génétique. Ce procédé est toutefois également utilisé pour contrôler le sexe de l'enfant. Si le foetus n'est pas du sexe désiré, il est avorté. En raison des questions morales que pose ce procédé, certains pays occidentaux ont adopté des lois interdisant la divulgation du sexe du foetus après la biopsie chorionique(54).

La capacité de pré-sélection du sexe des enfants suscite des inquiétudes quant aux répercussions de la reproduction de "bébés à la carte". Des études sociologiques montrent que selon leurs valeurs culturelles, de nombreuses sociétés préfèrent des garçons comme premiers-nés. Les avortements effectués par suite des examens prénatals d'identification du sexe et l'infanticide des filles servent à respecter cette préférence culturelle. Il a été prouvé que le sexage peut gravement perturber l'équilibre des sexes. Ainsi, en Inde, l'avortement systématique des foetus féminins a affecté l'équilibre démographique du pays. En 1901, le nombre d'hommes dépassait de 9 millions celui des femmes et en 1981, de 22 millions(55).

Comme on l'a déjà mentionné, si l'on fait exception du Québec et du Yukon qui ont un minimum de contrôles de réglementation, il n'existe pas de lois ou de normes uniformes régissant les services de traitement de l'infertilité au Canada. En général, ce sont les médecins, les hôpitaux et les comités de cliniques qui réglementent l'accès, la disponibilité, la sélection des donneurs, l'admissibilité des consommateurs, les paiements, les coûts, ainsi que la gamme des techniques de

---

(54) Ibid.

(55) R. Rowland, "Of Women Born, but for How Long? The Relationship of Women to the New Reproductive Technologies and the Issue of Choice", Made to Order: The Myth of Reproductive and Genetic Progress (1987), p. 76.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

conception assistée qui sont offertes. Les règlements administratifs sont donc en général établis par les professionnels de la médecine au niveau local. Par ailleurs, il y a dans notre pays un manque d'information détaillée ou systématique sur les agences et établissements offrant des services liés aux techniques de reproduction.

Si les groupes de femmes exigent la création d'une commission royale sur les techniques de reproduction, c'est essentiellement en raison du manque d'information et de l'absence de normes nationales relatives aux progrès et aux usages de la médecine spécialisée dans ce domaine. Ces groupes affirment que ces usages, qui ont des répercussions sociales, morales et juridiques pour les femmes et, de façon plus générale, pour la société, progressent malgré tout, en dehors de tout cadre socio-juridique(56).

RÉGLEMENTATION DES TECHNIQUES DE REPRODUCTION: RECOMMANDATIONS RÉCENTES

La présente partie du document aborde les différentes questions qu'ont soulevées fort pertinemment les commissions et les comités établis par des gouvernements au cours des années 80, questions qu'examinerait sans doute une commission royale d'enquête chargée d'étudier les techniques de reproduction au Canada.

Tous ceux qui se sont penchés sur la question se sont surtout préoccupés du type de contrôle qui devrait être exercé sur les fournisseurs des services (la profession médicale, les établissements et les donneurs) et les receveuses (femmes et couples infertiles) qui font appel aux techniques de reproduction. Il a été proposé, entre autres, que le gouvernement prenne des règlements touchant le droit civil et le droit pénal: par exemple, l'autoréglementation des professionnels de la santé qui travaillent dans ce domaine et qui pourraient incorporer la nouvelle technique dans leurs codes d'éthique et les statuts de leurs associations médicales; ou la réglementation du marché sur lequel la demande des consommateurs déterminerait, en partie, la gamme des techniques offertes pour

---

(56) Eichler (1989).

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

faciliter la conception. À quelques exceptions près, l'essor des techniques de reproduction au Canada est dû au fait qu'on a laissé jouer les forces du marché et que les professionnels de la santé se sont autoréglementés(57).

Il convient de noter que l'intérêt que portent les législateurs et les spécialistes de la réforme du droit à cette branche de la médecine est un phénomène relativement nouveau. Selon Mme B. Knoppers, une avocate canadienne qui a beaucoup écrit sur les techniques de reproduction, la recherche de moyens pour lutter contre l'infertilité remonte à l'époque biblique, mais c'est seulement depuis la mise au point de techniques scientifiques d'aide à la conception -- comme la fécondation in vitro et la congélation et le stockage des ovules, du sperme et des embryons humains -- que les législateurs s'intéressent à la conception assistée. Par conséquent, souligne-t-elle, les juristes qui ont discuté des techniques de reproduction ne se sont pas intéressés avant tout à "l'aspect thérapeutique des techniques de reproduction comme moyen de répondre aux besoins individuels des personnes infertiles [...] [mais plutôt] au défi que l'utilisation de ces techniques pose aux législateurs, en particulier s'il leur faut déterminer la portée des droits et libertés assurés par nos lois(58)".

Les spécialistes de la réforme du droit et les législateurs ont limité la discussion sur les techniques de reproduction à la question des droits et libertés de la "vie humaine potentielle" de l'embryon, par opposition au droit des personnes infertiles d'être maître de leur corps. Comme le souligne Mme Knoppers, il s'est pratiquement établi entre la plupart des pays un consensus voulant qu'on aborde la question sous l'angle d'une réglementation "favorisant l'autonomie et le contrôle du donneur sur

---

(57) T. McCormack, "Public Policies and Reproductive Technology: A Feminist Critique", Canadian Public Policy, vol. XIV, n° 4, 1988, p. 366.

(58) B. Knoppers et E. Sloss, "Recent Developments: Legislative Reforms in Reproductive Technology", Ottawa Law Review, vol. 18, n° 3, 1988, p. 666.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

ses gamètes et protégeant par ailleurs l'embryon humain contre une exploitation ou une expérimentation indues(59)".

Les législateurs voudraient protéger la vie humaine potentielle des gamètes et des embryons humains et, en même temps, respecter le choix de chacun de recourir ou non aux techniques de reproduction; ce dilemme est assez semblable, dans une certaine mesure, à celui qu'a fait ressortir le débat sur l'avortement.

Dans l'affaire Morgentaler c. la Reine (1988), la Cour suprême a déclaré que l'article 251 du Code criminel du Canada (la loi sur l'avortement) enfreignait l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés et qu'il était, par conséquent, ultra vires. Dans ses motifs de jugement, le juge Wilson a dit que l'intérêt qu'a l'État de protéger le foetus devient "supérieur" dans les derniers stades de la grossesse(60). De la même manière, la protection de l'embryon, qui prendrait la forme d'interdictions visant la manutention, la recherche et l'expérimentation à certaines fins et au-delà d'un certain stade de développement, fait l'objet de recommandations types dans les rapports internationaux sur les techniques de reproduction. Ces restrictions visent à protéger la vie potentielle.

À la suite d'une étude approfondie des rapports sur la question, Mme Knoppers conclut ce qui suit:

> Aucun rapport ne confère le statut juridique de personne humaine à l'embryon in vitro ou au foetus in utero avant la naissance. Bien qu'aucun ne préconise l'abandon de pareil matériel génétique humain sans aucune protection, tous les rapports cherchent à établir des règles différentes de celles, plus générales, qui régissent les transplantations de tissus et d'organes humains, l'expérimentation et les dons de cheveux, de sang et autres parties du corps qui se régénèrent. Pour ce faire, l'embryon est considéré comme une

---

(59) B. Knoppers, "Reproductive Technology and International Mechanisms of Protection of the Human Person", McGill Law Journal, vol. 32, 1987, p. 340.

(60) Cour suprême du Canada, Morgentaler c. la Reine, n° du greffe 19556, 28 janvier 1988.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

"personne humaine potentielle" ou comme une vie humaine qui mérite protection(61).

Le U.S. Congress Office of Technology Assessment a établi que des rapports sur cette question avaient été publiés par des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux dans environ 40 pays. En outre, quatre organismes internationaux se sont penchés sur les questions soulevées par les nouvelles techniques de reproduction(62).

Il est impossible de faire rapport sur les conclusions de 44 études individuelles dans un seul document de l'envergure de celui-ci. Nous nous limiterons donc aux recommandations présentées par des commissions d'enquête canadiennes et britanniques, aux options retenues par les membres du Congrès des États-Unis et aux principes adoptés par les États membres du Conseil de l'Europe.

Les rapports canadiens qui ont été examinés sont: Santé et Bien-être social Canada, Rapport du Comité consultatif sur le stockage et l'utilisation du sperme humain (1981); la Saskatchewan Law Reform Commission, Tentative Proposals for a Human Artificial Insemination Act (1981); et la Commission de réforme du droit de l'Ontario, Report on Human Artificial Reproduction and Related Matters (1985). Le présent document traite également des lignes directrices relatives à la recherche sur les embryons, formulés par le Conseil de recherches médicales du Canada, Lignes directrices concernant la recherche sur des sujets humains (1987), ainsi que des recommandations de la Commission de réforme du droit du Canada, Les crimes contre le foetus (1989).

Les recommandations de la Commission Warnock du Royaume-Uni, qui figurent dans le Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology (1984), sont également signalées. Il convient de noter que les rapports de la Commission de réforme du droit de l'Ontario et de la Commission Warnock sont considérés comme les études les plus complètes sur les nouvelles techniques de reproduction.

Le rapport de l'Office of Technology Assessment contient un résumé, que nous avons inclus, des principes proposés par le Conseil de

---

(61) Knoppers (1986), p. 698.

(62) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 329.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

l'Europe, c'est-à-dire par un comité spécial d'experts qui se sont penchés sur les progrès réalisés par les sciences biomédicales, et qui est intitulé "Provisional Principles on the Techniques of Human Artificial Procreation and Certain Procedures Carried Out on Embryos in Connection with Those Techniques" (1986).

Enfin, vous trouverez également un compte rendu du document intitulé "Infertility: Medical and Social Choices" (1988), réalisé par le U.S. Congress Office of Technology Assessment et soumis aux membres du Congrès; il traite de questions de politique et d'options possibles.

Les questions examinées ci-après sont celles qui reviennent le plus fréquemment dans les documents sur les techniques de reproduction.

A. Congélation et commercialisation du sperme, des ovules et des embryons humains

Le matériel génétique humain est congelé pour assurer sa conservation en vue d'une utilisation future par le ou les donneurs, les femmes infertiles ou les couples, et aussi à des fins de recherche et d'expérimentation. Parmi les questions que soulève cette pratique, il y a celle de savoir si l'on doit, au départ, permettre ce stockage et, dans l'affirmative, pendant combien de temps; les gamètes et les embryons emmagasinés doivent-ils être considérés comme un produit que les banques de gamètes peuvent vendre et acheter? Doit-on permettre l'importation de gamètes provenant des banques d'autres pays?

Tous les comités qui se sont penchés sur la question du stockage ou de la congélation des gamètes humains et sur celle de l'utilisation commerciale du sperme, des ovules et des embryons ont recommandé d'autoriser ces activités, mais de les soumettre à une réglementation gouvernementale.

L'étude réalisée par Santé et Bien-être social Canada ne portait que sur l'insémination artificielle. Elle souligne la nécessité d'un contrôle de la qualité réglementé par le gouvernement fédéral et s'appliquant aux conditions et aux techniques d'acquisition, de stockage et de distribution du sperme. Le Comité affirme:

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

> Jusqu'à ce que des règlements créant des normes fédérales de qualité soient en vigueur au Canada, l'importation de sperme provenant de banques commerciales de sperme humain doit être interdite, et aucune nouvelle banque de sperme humain ne doit être autorisée en dehors de la juridiction d'une université ou d'une autre agence publique(63).

Le rapport de l'Ontario recommande d'autoriser dans cette province les activités des banques de gamètes qui achètent et vendent du sperme, des ovules et des embryons, à condition que ces banques détiennent une licence et qu'elles soient assujetties à des règles rigoureuses établissant des normes de fonctionnement. Il recommande également que l'utilisation de gamètes et d'embryons importés de l'extérieur de la province soit autorisée si elle est conforme aux "normes uniformes" établies par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Il serait interdit aux banques qui détiennent une licence de fournir des gamètes ou des embryons à d'autres qu'à un médecin ou à une agence de santé titulaire d'une licence(64).

De la même manière, la Commission Warnock recommande dans son rapport qu'une autorité compétente soit légalement autorisée à délivrer des licences pour les services et les techniques de reproduction, ainsi qu'aux banques de stockage d'ovules, de sperme et d'embryons. Elle recommande également d'autoriser, sous licence, la vente et l'achat de gamètes ou d'embryons humains et, par conséquent, de considérer leur vente ou leur achat non autorisé comme un crime(65).

B. Critères d'admissibilité

Les critères utilisés par les médecins, les cliniques et les hôpitaux pour choisir les participants aux programmes de traitement de

---

(63) Rapport de Santé et Bien-être social Canada (1981), recommandation 2.5.

(64) Rapport de l'Ontario (1985), recommandations 17.(1), (2), (3); 18.(1), (2).

(65) Ministère de la Santé et de la sécurité sociale (Royaume-Uni), Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology, 1984, paragraphe 13.13 (appelé ci-après Rapport Warnock).

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

l'infertilité comprennent, en plus des constats médicaux d'infertilité et de troubles génétiques, certains facteurs sociaux, tels l'âge, la situation matrimoniale, le consentement du conjoint et l'orientation sexuelle des patients. La Commission de réforme du droit de l'Ontario considère que l'établissement des critères d'admissibilité constitue l'une des questions les plus controversées du domaine des nouvelles techniques de reproduction [...] c'est le cas notamment de celui qui concerne la situation matrimoniale(66).

Les couples mariés devraient-ils être les seuls admissibles, compte tenu du fait que la famille biparentale n'est plus la norme? Devrait-on interdire aux lesbiennes de concevoir par des méthodes d'insémination artificielle à cause de leur orientation sexuelle? D'après les témoignages, l'orientation homosexuelle d'une personne ne devrait pas forcément la priver de devenir parent. Dans au moins cinq villes américaines, on a observé une recrudescence des naissances chez les collectivités gaies où les lesbiennes recouraient à l'insémination artificielle(67). L'un des aspects préoccupants est que des personnes jugées "inaptes" se mettent à utiliser les nouvelles techniques de reproduction pour avoir des enfants. Évidemment, comme la Commission de réforme du droit de l'Ontario et la Commission Warnock le signalent, nul ne conteste que les individus et les couples fertiles aient le droit de procréer, peu importe qu'ils se perçoivent ou non aptes à devenir parents.

Aucun des rapports consultés ne recommandent d'empêcher les couples mariés d'accéder aux services de reproduction. Les rapports publiés au Royaume-Uni et en Saskatchewan ne préconisent pas l'adoption de lois ou d'autres instruments réglementaires pour définir les critères d'admissibilité aux traitements de l'infertilité. La Commission de réforme du droit de l'Ontario recommande toutefois une approche différente et propose plutôt de confier la rédaction des règlements aux corps médicaux provinciaux.

---

(66) Rapport de l'Ontario (1985), p. 53.

(67) E. Uzelac, "Major Gay Communities Experience Baby Boom", Ottawa Citizen, 21 mars 1989.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

La Law Reform Commission de la Saskatchewan, qui a étudié plus spécifiquement le problème de l'insémination artificielle, aurait tendance à laisser le médecin traitant déterminer qui a droit au traitement. Elle signale qu'il n'existe aucun motif médical pour justifier qu'on en limite l'accès aux couples mariés et que le Saskatchewan Human Rights Code interdit de priver quelqu'un d'un service offert à l'ensemble de la population en fonction de sa situation matrimoniale. Elle constate également que les médecins ne refusent pas tous l'insémination artificielle aux femmes à cause de leur situation matrimoniale ou de leur condition économique et qu'ils fondent généralement leur décision sur leurs convictions personnelles et non sur une politique établie par le corps médical. Enfin, la Commission ne préconise pas l'adoption de règlements limitant l'accès à l'insémination artificielle en se fondant sur des critères socio-économiques, y compris sur celui du consentement du mari ou du partenaire. Cette opinion s'appuie sur la croyance selon laquelle les interdits définis par règlement peuvent facilement être contournés et que la décision de devenir enceinte ne relève pas des lois(68). À la lumière des positions prises par le Comité, la Commission recommande dans son rapport que les critères socio-économiques utilisés pour déterminer quelles femmes peuvent recourir à l'insémination artificielle ne soient pas établis par législation, excepté dans les cas où le refus de permettre ce traitement constituerait une mesure discriminatoire interdite actuellement par le Saskatchewan Human Rights Code(69).

La Commission de réforme du droit de l'Ontario recommande que l'association provinciale qui regroupe les médecins rédige un règlement établissant les critères d'admissibilité à ces traitements, en vertu de la Loi sur les professions médicales et paramédicales, pour guider les médecins dans leurs décisions. Elle signale dans son rapport que divers facteurs ou variables doivent être pris en considération pour établir l'admissibilité à ces services. Ces facteurs comprennent le milieu familial, la santé physique et mentale du ou des futurs parents, l'aptitude émotive à accepter la conception par des moyens artificiels et les

---

(68) Rapport de la Saskatchewan (1981), p. 1-4.

(69) Ibid., recommandation 1.(1).

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

frustrations réelles ou potentielles qui en découlent, la situation matrimoniale des sujets et, si ceux-ci vivent en union de fait, la stabilité de leur union(70). La Commission estime que l'évaluation de la stabilité psychosociologique du couple ne devrait pas être laissée aux seuls médecins traitants(71) et que le droit de participer à un programme de fécondation par des moyens artificiels devrait être limité aux femmes célibataires stables ainsi qu'aux hommes et aux femmes stables qui vivent une relation de couple stable, qu'ils soient mariés ou non(72).

La Commission Warnock, comme la Law Reform Commission de la Saskatchewan, laisserait aux médecins le soin de juger personnellement de l'admissibilité. Toutefois, "le rapport utilise le terme "couple" pour désigner un couple hétérosexuel vivant ensemble une relation stable, qu'il soit marié ou non(73)". On y signale que "cela donnera une lourde responsabilité au spécialiste qui devra individuellement émettre des jugements à caractère social, qui dépassent le plan strictement médical", mais qu'il a été "impossible de présenter des critères généraux qui soient adaptés aux circonstances de chaque cas(74)". La Commission en a conclu qu'il faudrait que "dans les cas où ils refusent le traitement, les spécialistes fournissent toujours au patient un exposé complet de leurs motifs(75)".

Le Conseil de l'Europe est le seul à mentionner expressément que seuls les couples hétérosexuels devraient avoir le droit de bénéficier des services de reproduction. Les principes que propose le Conseil établissent que l'accessibilité aux techniques de procréation artificielle

---

(70) Rapport de l'Ontario (1985), p. 158.

(71) Ibid., p. 158-159.

(72) Ibid., recommandations 5 et 6.

(73) Rapport Warnock (1984), paragraphe 2.6.

(74) Ibid., paragraphe 2.13.

(75) Ibid.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

devrait être limitée aux couples hétérosexuels qui ont un problème d'ordre médical(76).

C. Sélection des donneurs

Comme pour tout don de produit biologique, tous ceux qui se sont interrogés sur le problème de la sélection des donneurs, considèrent qu'il est essentiel d'établir des normes ou des règlements pour contrôler la qualité du matériel génétique humain donné. Au Canada, seule la Commission de réforme du droit de l'Ontario a recommandé que ces règles ne fassent pas l'objet de mesures législatives mais qu'elles soient plutôt établies par la profession médicale.

Le rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social recommande que le gouvernement fédéral adopte des mesures législatives sur la sélection des donneurs de sperme afin d'assurer que "le sperme n'est pas infectieux, que le donneur n'a pas de maladie transmissible, que l'échantillon a été recueilli proprement et que les conditions de stockage ne peuvent endommager la qualité de l'échantillon". Le rapport recommande en outre qu'au minimum, tous les aspirants donneurs soient tenus de se soumettre à une "enquête génétique détaillée(77)".

Le rapport de la Saskatchewan recommande l'adoption d'un cadre législatif auquel seraient assujettis les donneurs et les receveuses, qui exigerait que les aspirants donneurs fassent l'objet d'une enquête et d'une sélection sommaires et qui permettrait de déterminer si la condition de la receveuse lui permet de recevoir le matériel biologique sans risque pour sa santé(78).

Comme pour la sélection des participants, la Commission de réforme du droit de l'Ontario recommande que les modalités régissant la sélection des donneurs de gamètes fassent l'objet de règlements internes au sein de la profession médicale et non d'une législation. Le rapport

---

(76) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 356.

(77) Rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1981), recommandation 2.1 et 2.2.

(78) Rapport de la Saskatchewan (1981), recommandation 1.4.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

mentionne que la loi ne devrait pas préciser les critères de sélection des donneurs. Les questions relatives aux antécédents de procréation, à la situation matrimoniale, à la condition génétique ou médicale devraient être tranchées en fonction de normes professionnelles établies par le corps médical(79).

Le rapport du Conseil de l'Europe recommande que les médecins et les cliniques soient tenus de sélectionner les donneurs afin d'exclure ceux qui auraient des maladies infectieuses et génétiques(80).

D. Rémunération versée au donneur

La Commission de réforme du droit de l'Ontario note que la Loi sur le don de tissus humains interdit la commercialisation des tissus humains ou des organes corporels(81). Pourtant, les donneurs de sperme reçoivent une rémunération pour le produit qu'ils fournissent, tout comme les femmes lorsqu'elles donnent leurs ovules. On parle alors de dédommagement pour le temps, les inconvénients ou les frais du donneur, plutôt que de paiement pour le produit comme tel. En plus de s'interroger sur les répercussions du point de vue moral ou de l'éthique inhérentes à l'achat ou à la vente de gamètes humains, certains observateurs craignent que cette rétribution n'encourage les donneurs éventuels à cacher leurs antécédents médicaux pour ne pas être exclus. La Commission de réforme du droit de l'Ontario et la Commission Warnock reconnaissent tous les deux le bien-fondé du remboursement des "dépenses" des donneurs.

Le rapport Warnock recommande "une évolution progressive vers un système dans lequel les donneurs ne seraient remboursés que de leurs propres frais(82)". La rémunération des dons d'ovules fait l'objet d'une autre recommandation du rapport, qui mentionne que "le don d'ovules

---

(79) Rapport de l'Ontario (1985), recommandation 8.

(80) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 356.

(81) Rapport de l'Ontario (1985), p. 167.

(82) Rapport Warnock (1984), paragraphe 4.27.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

[devrait être soumis au] [...] même type d'autorisation et de contrôle que ceux que nous avons recommandés pour la réglementation de l'IAD(83)".

La Commission de réforme du droit de l'Ontario considère elle aussi que la compensation accordée aux donneurs de sperme pour leurs frais est une pratique acceptable. De l'avis de la Commission, ces frais comprennent une certaine compensation pour "le temps et les inconvénients inhérents à la sélection initiale pour pouvoir participer aux programmes de dons, ainsi que pour les évaluations périodiques auxquelles doivent se soumettre les donneurs actifs". Il est impossible de fixer un prix pour l'"inconfort". La Commission précise également de quel ordre devrait être la rémunération des donneurs de sperme. Les donneuses d'ovules auraient droit à un montant plus élevé, qui n'a pas été spécifié cependant, la procédure étant plus ennuyeuse pour elles. En ce qui concerne la rémunération des donneurs de sperme, la Commission recommande qu'elle ne soit pas trop élevée pour ne pas inciter les aspirants donneurs à fournir de faux renseignements afin d'être acceptés, ni trop élevée pour ne pas ruiner les cliniques qui se verraient obligées de dédommager ceux qu'elles refusent. En Ontario, la rémunération actuellement versée aux donneurs se situe entre 25 $ et 50 $ en moyenne, ce qui est jugé acceptable. Les mêmes principes devraient s'appliquer aux donneuses d'ovules, bien que la rémunération pourrait devoir être plus élevée lorsque la méthode utilisée pour le prélèvement de l'ovule est envahissante, comme c'est le cas pour la laparoscopie, ou lorsque l'ovule libéré naturellement est récupéré après fécondation in vivo au moyen d'une technique non chirurgicale, le lavage utérin(84).

Le Conseil de l'Europe recommande que la rémunération des donneurs comme des banques ne soit pas lucrative(85).

E. Fréquence d'utilisation du sperme ou des ovules d'un donneur

La congélation du sperme et des ovules en vue d'une utilisation future ouvre la possibilité que de nombreux enfants soient

---

(83) Ibid., paragraphe 6.6.

(84) Rapport de l'Ontario (1985), recommandation 15.(1).

(85) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 356.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

génétiquement apparentés à un donneur unique. Cette possibilité suscite des inquiétudes tant sociales que médicales. On risque, par exemple, que des demi-frères et soeurs entretiennent sans le savoir des relations incestueuses, ou encore qu'une personne se découvre un jour quelque désordre génétique lui venant d'un parent donneur de sperme ou d'ovule. Devant ces questions, les comités ont eu tendance à recommander qu'on restreigne le nombre de fois qu'une personne puisse donner ses gamètes.

La Commission de réforme du droit de l'Ontario n'estime pas qu'on puisse convenablement contrôler la fréquence d'utilisation des gamètes d'un donneur par des mesures législatives. Elle propose plutôt que ce contrôle soit laissé au jugement professionnel et au sens moral des médecins et au choix des participants aux programmes de conception artificielle(86).

Le Conseil de l'Europe signale simplement qu'il faudrait limiter le nombre d'enfants qui pourraient être conçus à partir des gamètes d'un même donneur(87).

La Commission Warnock propose de limiter à 10 le nombre d'enfants issus d'un donneur de sperme. Elle appliquerait, semble-t-il, la même limite aux donneuses d'ovules(88). Or, pour imposer de telles limites à l'utilisation des gamètes d'un donneur, il faudrait naturellement surmonter le problème de la nécessité de centraliser les dossiers de toutes les cliniques qui acceptent des dons de matériel génétique. Le rapport du Royaume-Uni recommande que les cliniques vérifient, à l'aide du numéro personnel du Service national de santé (NHS), si l'aspirant donneur est déjà inscrit sur une liste centralisée, consignée dans un autre registre que le registre central du NHS(89).

Le Comité de la Santé nationale et du Bien-être social recommande que le gouvernement fédéral établisse des règlements régissant

---

(86) Rapport de l'Ontario (1985), recommandation 16.

(87) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 356.

(88) Rapport Warnock (1984), paragraphe 4.26.

(89) Ibid.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

les procédures de sélection des donneurs afin "d'assurer une limite du nombre de grossesses prévues par donneur(90)".

F. Liens entre la progéniture, le donneur et la receveuse

Tous les comités et commissions se sont penchés sur la question des droits et des responsabilités des parents sur les enfants engendrés par les gamètes d'un donneur. Dans les cas de dons de matériel génétique d'un tiers, comme dans l'IAD, le don d'ovule ou le don d'embryon, il faut soulever la question du lien juridique et social qui existe entre le parent génétique (le donneur), d'une part, et le ou les parents sociaux et la progéniture, d'autre part. Cette question est aussi à l'origine de problèmes concernant la légalité de l'inscription du nom du parent social, non génétique, sur le certificat de naissance et la renonciation à la paternité par le donneur.

La Commission Warnock recommande une modification législative qui rendrait légitimes les enfants nés par IAD, à condition que la mère de l'enfant et son conjoint aient consenti au traitement pour infertilité(91). Il recommande en outre des changements législatifs en vertu desquels le donneur de sperme n'aurait aucun droit ni responsabilité parental lié à un enfant né par IAD(92) et le père social d'un tel enfant serait reconnu comme le père(93). Des dispositions sont également proposées pour veiller à ce que la mère d'un enfant né par suite d'un don d'ovule soit reconnue légalement comme la mère de l'enfant et à ce que la donneuse n'ait aucun droit ni responsabilité relativement à cet enfant(94). Enfin, il est recommandé qu'un enfant né par suite de don d'embryon soit considéré légalement comme l'enfant légitime de la mère biologique et

---

(90) Rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1981), recommandation 2.4.

(91) Rapport Warnock (1984), paragraphe 4.17.

(92) Ibid., paragraphe 4.22.

(93) Ibid., paragraphe 4.25.

(94) Ibid., paragraphe 6.8.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

du père social et que les donneurs de l'embryon n'aient aucun droit ni responsabilité lié à l'enfant.

Selon les dispositions du Conseil de l'Europe, la mère qui donne naissance à l'enfant serait la mère légitime et son mari ou son partenaire serait le père légitime, à condition qu'il ait donné son consentement au traitement. Par ailleurs, le donneur n'aurait aucun droit ou responsabilité sur l'enfant(95).

Le Comité de la Santé nationale et du Bien-être social recommande l'adoption de dispositions législatives provinciales afin de faire en sorte que tout enfant conçu par IAD soit reconnu comme enfant légitime de la mère et de son mari, à condition qu'il ait consenti au traitement. D'autre part, si le mari de la mère a consenti à l'opération d'IAD, des modifications devraient être apportées aux lois provinciales pour qu'il soit inscrit comme étant le père(96).

La Law Reform Commission de la Saskatchewan propose que tout enfant conçu par IAD soit reconnu légalement comme l'enfant légitime du mari de la mère, à condition que ce dernier ait consenti au préalable au traitement(97). Le Comité recommande de plus que le donneur ne soit pas considéré comme le parent d'un enfant conçu par son sperme(98).

La Commission de réforme du droit de l'Ontario recommande que, si le mari ou le partenaire masculin de la mère a consenti au traitement d'IAD, il devrait être considéré d'office comme le père légitime de l'enfant(99). De surcroît, le donneur de sperme ou d'ovule ne devrait avoir aucun droit ni responsabilité sur l'enfant conçu avec ses

---

(95) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 356.

(96) Rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1981), recommandations 1, 1.3.

(97) Rapport de la Saskatchewan (1981), recommandation 3.1.

(98) Ibid., recommandation 3.4.

(99) Rapport de l'Ontario (1985), recommandation 19.(1).

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

gamètes(100). Enfin, le conjoint ou le partenaire de la mère devrait être inscrit comme père légitime de l'enfant(101).

G. Anonymat des receveuses et des donneurs

Une certaine forme de tenue de dossiers sur les donneurs et les receveuses est jugée nécessaire pour conserver le compte du nombre de fois où l'on fait appel à un donneur et pour pouvoir remonter jusqu'au donneur si jamais l'on détectait une maladie génétique chez un enfant conçu par insémination artificielle. La tenue de dossiers renfermant des données sur l'identité des participants et l'accès à ces dossiers pourraient avoir des répercussions d'ordre personnel et juridique pour les donneurs, les receveuses et la progéniture. Il est à craindre que l'on enregistre une diminution du nombre de personnes disposées à faire don de leurs gamètes, si l'on ne peut garantir l'anonymat aux donneurs.

La Commission Warnock recommande, "à titre de bonne pratique", le maintien de l'anonymat entre le donneur et la ou les receveuses(102). Il propose aussi qu'à l'âge de 18 ans, tout enfant né par IAD "puisse avoir accès aux informations essentielles concernant l'origine ethnique et la santé génétique du donneur(103)". Le Comité suggère enfin que des dispositions législatives soient prises afin d'assurer le droit d'accès à ces informations.

La Commission de réforme du droit de l'Ontario laisserait au corps médical le soin d'autoriser ou non l'accès aux dossiers médicaux. Elle recommande en effet de maintenir l'anonymat des parties concernées (donneur, receveuse et enfant)(104) tout en laissant aux médecins le soin de décider d'autoriser l'accès aux dossiers médicaux. Elle stipule toutefois que seuls pourraient être fournis des renseignements médicaux et que

---

(100) Ibid., recommandation 19.(2).

(101) Ibid., recommandation 20.(a).

(102) Rapport Warnock (1984), paragraphe 3.2.

(103) Ibid., paragraphe 4.21.

(104) Rapport de l'Ontario (1985), recommandation 22.(4).

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

nul ne pourrait divulguer le nom du donneur et de la receveuse(105). Elle mentionne que quiconque violerait ces dispositions sur l'anonymat s'exposerait à des poursuites en dommages-intérêts pour négligence et faute professionnelle.

Les auteurs du rapport de la Saskatchewan font du donneur de sperme, de la receveuse et de l'enfant né par IAD des "personnes protégées" et recommandent de considérer comme une infraction le fait de divulguer l'identité d'une personne protégée(106).

Le Comité de la Santé nationale et du Bien-être social propose de tenir des dossiers distincts pour toutes les parties concernées par un traitement d'insémination artificielle. Le dossier du donneur contiendrait tous les renseignements pertinents disponibles. Des dossiers distincts seraient tenus sur les antécédents, les données cliniques, les examens de laboratoire et le suivi en ce qui a trait au couple et à la progéniture(107). Le Comité recommande de ne pas maintenir de liens entre ces dossiers jusqu'à ce que soit adoptée une loi provinciale qui protégerait le donneur de poursuites judiciaires non fondées ou insignifiantes(108). Le Comité ne croit pas nécessaire de protéger la receveuse ou la progéniture d'actions en justice telles qu'une poursuite en paternité que pourrait intenter un donneur de sperme.

H. Contrôle du donneur sur ses gamètes

La pratique qui consiste à faire don de gamètes ou d'embryons pour un usage immédiat ou futur soulève des problèmes concernant le contrôle du donneur sur son matériel génétique, la durée de la période pendant laquelle les gamètes ou les embryons peuvent être conservés, et les décisions sur le contrôle de matériel fécondé appartenant à un couple qui décède, divorce ou n'a plus l'intention d'utiliser ledit matériel.

---

(105) Ibid., recommandation 22.(7)(a).

(106) Rapport de la Saskatchewan (1981), recommandations 12(a)(i) et 12(b).

(107) Rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1981), recommandation 3.1.

(108) Ibid., recommandation 3.2.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

La Commission Warnock ne confère aucun droit et n'impose aucune obligation aux donneurs d'ovules ou de sperme si leurs dons sont faits pour le traitement d'autres personnes ou à des fins de recherche. La décision d'éliminer des gamètes appartient en fin de compte à l'organisme chargé de la conservation. La Commission note que des problèmes peuvent se poser lorsqu'un couple fait conserver des ovules, du sperme ou des embryons pour son usage personnel. Pour ce qui concerne la conservation d'ovules ou de sperme, la Commission propose un système de suivi à tous les cinq ans. Si, par ailleurs, le couple décède ou est introuvable, le droit d'utiliser ou de détruire les gamètes congelés devrait appartenir à l'organisme de conservation(109).

Quant aux embryons, les recommandations de la Commission Warnock sur leur conservation, leur utilisation et leur destruction se fondent sur le principe selon lequel la "notion de possession d'embryons humains [...] paraît peu souhaitable". Le Comité recommande donc "que des dispositions législatives soient prises pour qu'il n'existe pas de droit de propriété sur un embryon humain(110)". Suivant ce point de vue, le Comité propose qu'en cas de désaccord au sein du couple sur l'usage de l'embryon(111) ou en cas de décès du couple(112), le droit de décider de l'utilisation ou de l'élimination de tout embryon conservé par ce couple appartienne à l'organisme chargé de la conservation. Si l'un des conjoints décède, le droit d'utilisation ou d'élimination de l'embryon devrait revenir au survivant. La Commission recommande une période maximale de dix ans pour la conservation, après laquelle le droit d'utilisation ou d'élimination de l'embryon reviendrait à l'organisme chargé de la conservation,.

La Commission de réforme du droit de l'Ontario accorderait au donneur le droit de décider de l'usage de ses gamètes au moment du don(113). Cependant, sous réserve de cette recommandation, le donneur

---

(109) Rapport Warnock (1984), paragraphe 10.8.

(110) Ibid., paragraphe 10.11.

(111) Ibid., paragraphe 10.13.

(112) Ibid., paragraphe 10.12.

(113) Rapport de l'Ontario (1985), recommandation 13.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

n'aurait aucun droit légal reconnu en ce qui a trait à l'utilisation ou à l'élimination d'un ovule fécondé (embryon) qui comprendrait son matériel génétique(114). En outre, le donneur pourrait demander que ses gamètes soient éliminés ou lui soient remis à la suite du don, à condition qu'ils n'aient pas déjà servi dans le processus de fécondation(115).

La Commission recommande également qu'un embryon issu des gamètes de la receveuse et de son mari ou partenaire relève de l'autorité conjointe de l'homme et de la femme(116). À l'instar de la Commission Warnock, la Commission de réforme du droit de l'Ontario suggère qu'en cas de décès d'un des conjoints le droit d'utilisation ou d'élimination de l'embryon soit transmis au survivant, et, qu'en cas de décès des deux conjoints ou de désaccord entre eux quant à l'utilisation ou à l'élimination de l'embryon, le contrôle soit cédé au médecin, à la clinique, à la banque de gamètes ou à tout organisme chargé de la conservation de l'embryon(117). Pour ce qui est de la période de conservation maximale des embryons, la Commission la fixe à dix ans. Au-delà de cette période, l'organisme chargé de la conservation devrait procéder à l'élimination de l'ovule(118).

Le Conseil de l'Europe préconise, en cas de décès du donneur ou d'impossibilité de le contacter, l'élimination des gamètes à la fin de la période maximale de conservation(119).

I. Expériences pratiquées sur des embryons <u>in vitro</u>

Grâce à la FIV, il est désormais possible de créer des embryons en laboratoire, et d'utiliser des embryons non implantés ou surnuméraires à des fins d'expérimentation et de recherche. Or, certains sont

---

(114) <u>Ibid.</u>, recommandation 27.(2)(a).

(115) <u>Ibid.</u>, recommandation 14.(1).

(116) <u>Ibid.</u>, recommandation 27.(1)(a).

(117) <u>Ibid.</u>, recommandations 27.(1)(b), (c).

(118) <u>Ibid.</u>, recommandation 32.

(119) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 356.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

d'avis que la recherche sur les embryons devrait être interdite. D'autres, en revanche, estiment que ces recherches sont d'une importance cruciale si l'on veut arriver à comprendre le développement humain et à remédier à l'infertilité. La recherche sur les embryons préoccupe les personnes qui voient dans l'embryon une "vie potentielle" que l'on doit respecter. D'autres admettraient ces travaux à la condition qu'ils soient réalisés à des fins thérapeutiques.

La Commission de réforme du droit de l'Ontario seraient encline à autoriser la recherche et l'expérimentation sur les embryons pré-implantés(120) à la condition que ces travaux aient lieu dans des centres de recherche approuvée par le ministère de la Santé(121). En outre, si des expériences à des fins non thérapeutiques sont pratiquées sur un embryon, la Commission recommande que l'embryon ne soit pas ultérieurement transféré à une femme(122).

Les principes adoptés par le Conseil de l'Europe prohibent la création d'embryons aux fins de la recherche, et autorisent la recherche sur les embryons seulement s'il peut être démontré que ces travaux ont des effets bénéfiques pour l'embryon. Le Conseil admet que les pays membres effectuent des recherches, à la condition que celles-ci aient un objet préventif, diagnostique ou thérapeutique dans le cas d'affections graves de l'embryon. Il faut en outre que tous les autres moyens d'atteindre les objectifs de la recherche aient été épuisés. Par ailleurs, aucune expérimentation ne peut être réalisée après le quatorzième jour suivant la fécondation, le couple donneur doit avoir donné son consentement aux recherches, et la recherche doit avoir été approuvée par un comité d'éthique multidisciplinaire(123). Après 14 jours, l'embryon est implanté dans l'utérus de la mère.

---

(120) Rapport de l'Ontario (1985), recommandation 29.(1).

(121) Ibid., recommandation 29.(2).

(122) Ibid., recommandation 30.

(123) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 356.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

La Commission Warnock recommande l'imposition de sanctions pénales en cas d'utilisation non autorisée d'un embryon in vitro(124). À l'instar du Conseil de l'Europe, elle recommande que les recherches soient effectuées dans les 14 jours suivant la fécondation, "mais sous réserve de toutes les autres restrictions imposées par l'organisme de contrôle(125)". Il serait un acte criminel de manipuler un embryon humain ou de l'utiliser à des fins de recherche après le quatorzième jour suivant la fécondation(126). Et, comme le recommande la Commission de réforme du droit de l'Ontario, un embryon qui a été sujet de recherches ne pourrait ensuite être transplanté chez une femme(127).

Selon le Conseil de recherches médicales du Canada, "une interdiction généralisée de toute recherche sur les embryons ne serait ni justifiée ni sage". Le Conseil estime en effet que "le but visé par le projet de recherche constitue un critère déterminant d'acceptabilité de la recherche sur l'embryon". Il recommande que l'on considère comme des travaux de recherche acceptables les recherches visant "à réaliser des progrès dans la lutte contre l'infertilité". En outre, il autoriserait la recherche sur les embryons jusqu'au dix-septième jour suivant la conception et non seulement le quatorzième(128).

La Commission de réforme du droit du Canada signale qu'elle étudiera à fond la question des embryons ex utero dans un document de travail à venir. Dans son rapport de 1989, elle a dit que la loi devrait permettre l'élimination des embryons et la recherche sur les embryons. Selon elle, la recherche serait "acceptable lorsqu'elle répond à des objectifs tels que l'accroissement des connaissances sur la vie humaine, l'aide aux couples sans enfants, la mise au point de traitements pour d'autres foetus et embryons présentant des malformations(129)". Elle

---

(124) Rapport Warnock (1984), paragraphe 11.18.

(125) Ibid., paragraphe 11.30.

(126) Ibid., paragraphe 11.22.

(127) Ibid.

(128) Conseil de recherches médicales, Lignes directrices concernant la recherche sur des sujets humains, Ottawa, 1987, p. 36.

(129) Commission de réforme du droit du Canada, Les crimes contre le foetus, document de travail 58, 1989, p. 63.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

imposerait les restrictions suivantes à la recherche sur les embryons: les donneurs doivent avoir donné leur consentement au moment du prélèvement; la recherche serait interdite après 14 jours suivant la fécondation; la recherche devrait être réalisée à des fins médicales et non à des fins commerciales. En ce qui concerne la réglementation de la recherche sur les embryons, la Commission ne voit dans le droit pénal qu'une réponse partielle. Elle envisage une réglementation sous la forme de lignes directrices nationales ou d'un texte législatif régissant la recherche sur l'embryon et le foetus(130).

J. Sélection du sexe

Les deux commissions d'enquête qui se sont intéressées à la question de la sélection du sexe ont axé leur réflexion sur le choix du sexe des embryons destinés à être implantés, choix rendu possible grâce à la FIV. Les femmes s'inquiètent des répercussions possibles de cette pratique sur le rapport des hommes aux femmes dans la société si l'on a tendance à s'en servir pour produire des enfants de sexe masculin et sur la valeur que l'on attache à la femme dans la société.

La Commission de réforme du droit de l'Ontario signale que certains considéreraient que la divulgation du sexe des embryons pourrait présenter des avantages d'un point de vue médical dans les cas où il y a un risque de transmission d'une caractéristique génétique liée au sexe. Par contre, le sexage à des fins exclusivement sociales est considéré par beaucoup comme particulièrement choquant, surtout en raison du biais culturel perçu en faveur des enfants de sexe masculin. Selon la Commission, les participants aux programmes de FIV ont le droit d'avoir accès à l'information en tout temps étant donné que cette procédure repose comme toute autre procédure médicale sur le principe du consentement en toute connaissance de cause comme condition à la poursuite des soins(131). Compte tenu de ce droit inviolable et de la difficulté de faire respecter une loi contre le

---

(130) Ibid., p. 64.

(131) Rapport de l'Ontario (1985), p. 207.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

sexage des embryons à implanter, la Commission recommande qu'on ne cherche pas à adopter de mesures législatives en la matière(132).

La Commission Warnock considère que le choix du sexe est une procédure clinique, et elle s'est interrogée sur ses répercussions sur le rapport des hommes aux femmes dans une société qui y a recours pour des raisons d'ordre social. Elle a conclu qu'elle n'était pas en mesure de faire des recommandations "étant donné qu'il est difficile de prévoir l'évolution de cette tendance" et que "l'ensemble du problème de l'acceptation du principe du choix du sexe devrait être suivi attentivement"(133).

Le Conseil de l'Europe propose que l'on interdise expressément le choix du sexe ou des caractéristiques d'un enfant par le biais des procédures de conception assistée(134).

K. Maternité de substitution

Comme on l'a dit précédemment, il s'agit là bien davantage d'un arrangement de reproduction que d'une technique de reproduction. Là où la maternité ou grossesse de substitution est autorisée par la loi, elle soulève néanmoins des inquiétudes identiques à celles que l'on a mentionnées au sujet des techniques de reproduction précitées. Il s'agit notamment des critères d'admissibilité et de la sélection, du paiement, de l'anonymat et des rapports sociaux et légaux entre l'enfant et ses parents sociaux et ses parents de substitution. De tous les rapports étudiés, seul celui de la Commission de réforme du droit de l'Ontario recommande que l'on autorise les contrats de grossesse de substitution.

Le Conseil de l'Europe serait enclin à autoriser la grossesse de substitution à la condition que la mère porteuse n'en tire aucune rémunération. Autrement, le Conseil propose que les contrats de grossesse de substitution soient "non exécutoires en droit" et que l'on interdise les intermédiaires et la publicité(135).

---

(132) Ibid.

(133) Rapport Warnock (1984), paragraphe 9.11.

(134) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 356.

(135) Ibid.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

La Commission Warnock prône l'adoption de mesures législatives qui rendent "passible de poursuites pénales la création ou l'activité d'agences dont le but comprend le recrutement de femmes en vue d'une 'grossesse de substitution' ou de couples qui souhaitent utiliser les services d'une mère porteuse(136)". Les contrats privés ne relèveraient pas du droit pénal, mais ils seraient tous des "contrats illégaux qui ne peuvent par conséquent être exécutés par les tribunaux(137)".

En revanche, la Commission de réforme du droit de l'Ontario recommande que l'on adopte des lois permettant aux provinces de réglementer les contrats de grossesse de substitution, lesquels pourraient être exécutés par les tribunaux. Elle fait quelque 32 recommandations sur la façon dont ces contrats seraient réglementés. Les règles comprendraient entre autres:

- l'approbation du contrat par un tribunal avant le début des procédures de conception assistée;
- l'existence d'un besoin médical auquel il est impossible de répondre d'autre façon;
- l'évaluation de l'état matrimonial et de la stabilité des parents éventuels;
- la mère porteuse envisagée devrait être majeure;
- l'évaluation de la santé physique et mentale de la mère porteuse et de sa situation de famille; opinion de son conjoint de fait ou de droit; étude des répercussions éventuelles de l'arrangement envisagé sur les enfants dont la mère porteuse a la charge, afin d'évaluer si elle convient;
- les avocats différents pour la mère porteuse et pour le couple contractant;
- l'anonymat des parents sociaux éventuels et de la mère porteuse, et confidentialité des archives judiciaires;
- la remise immédiate de l'enfant à ses parents sociaux dès sa naissance et, au besoin, inclusion dans le

---

(136) Rapport Warnock (1984), paragraphe 8.18.

(137) Ibid., paragraphe 8.19.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

contrat d'une clause ordonnant le transfert de la garde de l'enfant à la naissance;

- l'inclusion dans le contrat de dispositions concernant le cas où l'enfant serait handicapé;

- la reconnaissance à la naissance du statut légal de parents des parents sociaux et de l'absence de tout lien juridique entre la mère porteuse et l'enfant;

- l'inscription des noms des parents sociaux en tant que père et mère sur le certificat de naissance;

- la réglementation des agences servant d'intermédiaires pour la conclusion de contrats de grossesse de substitution par le ministère des services sociaux et communautaires;

- l'approbation préalable du tribunal avant le versement de tout paiement, le montant à verser et les dépenses à couvrir étant déterminés par le tribunal(138).

L. Recherche

Il existe très peu d'information sur les facteurs qui contribuent à l'infertilité, sur son incidence et sur les résultats des services de conception assistée. Il existe, au demeurant, bien peu de renseignements sur les programmes de prévention et de correction des maladies transmises sexuellement et de l'infertilité et sur le financement de ces activités. On n'a pas non plus de données de suivi recueillies systématiquement sur le développement et la santé des enfants qui sont issus de la FIV et de transferts d'embryons. Certains des rapports étudiés recommandent la création d'un programme national de recherche pour remédier à ce manque d'information.

La Commission Warnock s'est dite surprise par le peu d'informations qui existent sur la fréquence de l'infertilité, l'importance des services disponibles et le nombre de femmes et de couples traités pour l'infertilité. Elle constate la nécessité de renseignements pouvant permettre aux planificateurs et aux décideurs de prendre des décisions

---

(138) Rapport de l'Ontario (1985), recommandations 35, 38, 39, 41, 43, 45, 48, 49, 51, 52, 53, 56, 58 et 60.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

éclairées et recommande que des crédits soient affectés à la collecte de statistiques adéquates sur l'infertilité et son traitement(139).

Le Office of Technology Assessment (OTA) propose un certain nombre de solutions pour la collecte de données sur la santé de la population sur le plan de la reproduction et sur la prévention de l'infertilité. Il propose que les autorités fédérales recueillent des données sur l'infertilité et mettent au point une méthode systématique d'inscription des naissances de bébés conçus par FIV et de suivi de leur développement et de leur état de santé. L'OTA admet le lien entre les maladies transmises sexuellement et l'infertilité et recommande que les autorités fédérales accordent des crédits aux départements de santé publique des États afin que ceux-ci mettent sur pied un système national de contrôle de la chlamydia. Actuellement, la chlamydia n'est pas une MTS à déclaration obligatoire aux États-Unis. Il recommande également que l'on élargisse le programme de prévention et de contrôle des MTS afin qu'il englobe la prévention de l'infertilité causée par les MTS. Il propose par ailleurs que l'on passe en revue les mesures prises par le gouvernement fédéral pour prévenir l'infertilité et que l'on améliore l'éducation sur la santé de l'appareil reproducteur(140).

M. Renseignements fournis aux consommateurs infertiles

Cette question n'a été étudiée que par le Office of Technology Assessment. Les femmes et les couples infertiles qui reçoivent des traitements en vue de pouvoir concevoir un enfant le font parce qu'ils veulent se reproduire. Certaines personnes infertiles veulent désespérément avoir un enfant, en partie à cause de l'importance accordée à la maternité par la société. La documentation disponible indique que les personnes qui se soumettent à certaines techniques de reproduction ne se voient pas communiquer des détails complets et précis sur les risques ainsi que le taux de succès. Or, ces renseignements sont essentiels pour que l'intéressée puisse prendre une décision éclairée relativement à la

---

(139) Rapport Warnock (1984), paragraphe 2.14.

(140) U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 16-18.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

question de savoir s'il y a lieu de subir une thérapie pour corriger un problème de fertilité, ou quand mettre fin à une telle thérapie. Des questions d'éthique ont été soulevées concernant l'exploitation des personnes qui subissent des traitements non bénéfiques et qui peuvent même parfois entraîner une dégradation de leur qualité de vie.

L'OTA recommande que l'on encourage le recours à un examen consensuel par les sociétés médicales professionnelles relativement au recours à la FIV, au transfert tubère des gamètes et autres nouvelles formes de traitement de l'infertilité. Cet organisme propose aussi d'élargir la portée des lois qui protègent les consommateurs, de façon à ce qu'elles englobent certains services précis en matière de traitement de l'infertilité(141).

QUESTIONS NON EXAMINÉES DANS LE RAPPORT WARNOCK ET CELUI DE L'ONTARIO

Certains observateurs ont dit que les rapports de comité sur les techniques de reproduction avaient une portée trop étroite. Les rapports rédigés par la Commission Warnock et la Commission de réforme du droit de l'Ontario englobent un vaste éventail de questions et, de fait, sont considérés comme des études complètes de cette question. Néanmoins, certains ont fait valoir que ces rapports n'accordent guère d'importance à d'autres questions tout aussi importantes. Ceux qui prônent la création d'une commission royale d'enquête sur les techniques de reproduction au Canada ont aussi relevé un certain nombre de points qui devraient être pris en considération dans le cadre d'une telle étude et qui ont été laissés de côté dans les rapports rédigés par le Royaume-Uni et l'Ontario.

A. Répercussions des techniques de reproduction sur les femmes

Les hommes sont aussi susceptibles d'éprouver des problèmes de fertilité que les femmes. Pourtant, toutes les techniques de conception assistée sont appliquées aux femmes. Les répercussions de cet état de fait n'ont pas été étudiées dans les rapports. Quelqu'un a d'ailleurs dit:

---

(141) Ibid., p. 19-20.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

"Que disent-ils du corps de la femme où se déroule le phénomène de la reproduction? Aucun rapport ne fait mention de la femme en tant que sujet du point de vue de la reproduction humaine(142)".

B. Les techniques expérimentales de reproduction et l'éthique

Une question connexe est le fait que certaines techniques de traitement de l'infertilité sont jugées être plus expérimentales que thérapeutiques. On ne connaît pas les conséquences à long terme, sur les plans médical et émotif, qu'entraînent les traitements de l'infertilité. Pourtant, les préoccupations formulées par les comités en ce qui a trait aux recherches et aux expériences, du point de vue de l'éthique, portent uniquement sur l'embryon; aucune recommandation n'a été formulée sur le caractère moral des expériences faites sur le corps des femmes(143).

C. Renseignements fournis aux consommateurs

La qualité et le volume des renseignements fournis par les cliniques aux personnes qui subissent des thérapies pour traiter un problème de fertilité n'ont pas été examinés par la Commission de réforme du droit ou la Commission Warnock. Des renseignements complets et précis sont nécessaires pour que les personnes ou les couples qui ont un problème de fertilité puissent décider en pleine connaissance de cause si elles devraient poursuivre un traitement particulier. La Coalition canadienne pour la création d'une commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine a élaboré une ébauche de principes devant servir de base à l'établissement de politiques appropriées et à l'adoption possible de dispositions législatives. L'un des principes énoncés prône la définition et l'application de critères rigoureux pour ce

---

(142) P. Stallone, "Reproductive Technology and the State: The Warnock Report and its Clones", Made to Order: The Myth of Reproductive and Genetic Progress (1987), p. 168.

(143) Ibid.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

qui est de définir un consentement et une prise de décision éclairés(144).

D. Causes et prévention de l'infertilité

Exception faite du document rédigé par le Office of Technology Assessment, les rapports ne traitent pas des causes connues de l'infertilité, ni des mesures de prévention possibles. Le fait que les milieux scientifiques et médicaux concentrent leurs efforts sur le "traitement" de l'infertilité détourne l'attention du public en ce qui a trait aux méthodes de prévention, notamment la sensibilisation au problème, le diagnostic précoce et le traitement(145). Le principe énoncé par la Coalition canadienne pour la création d'une commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine prévoit que tous ont droit à un environnement libre d'agents qui entraînent l'infertilité ou qui y contribuent(146).

E. Recherche sur les techniques de reproduction

Une commission royale d'enquête sur les techniques de reproduction aurait intérêt à disposer de renseignements complets et structurés sur les questions à l'étude. Un système de collecte de données et une analyse des résultats des traitements de l'infertilité permettraient de fournir immédiatement des renseignements à jour aux médecins, aux décideurs et aux consommateurs. Les rapports étudiés renfermaient des données limitées et non prélevées de façon systématique sur la fréquence du problème de l'infertilité, ainsi que sur la demande, la disponibilité, les coûts et le taux de succès des traitements de ce problème. Dans une résolution adoptée

---

(144) Coalition canadienne pour la création d'une commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine, "Projet de principes concernant l'utilisation des nouvelles technologies de la reproduction", novembre 1987.

(145) Andrews (1988), p. 260-262.

(146) Coalition canadienne pour la création d'une commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine (novembre 1987).

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

en 1989 par l'Association nationale de la femme et le droit (ANFD), qui appuie la création d'une commission royale d'enquête sur les techniques de reproduction, cet organisme recommande que la commission établisse un programme de recherche indépendant et, en particulier, qu'elle commande et effectue, de façon non sexiste, des recherches sur tous les aspects des nouvelles techniques de reproduction(147). Un principe proposé par la Coalition porte que des normes nationales doivent être établies aux fins d'un suivi à court et à long termes obligatoire relativement à toutes les techniques de reproduction(148).

CONCLUSIONS

Le présent document portait essentiellement sur les techniques de reproduction mises au point pour aider les personnes et les couples qui sont infertiles ou qui veulent éviter de transmettre une maladie héréditaire à leur progéniture. Nous avons examiné certaines des questions sociales et légales, ainsi que les principes d'éthique qui sont liés à l'utilisation de ces techniques pour les femmes, les couples, les donneurs, la progéniture, les embryons, la profession médicale et le gouvernement. Certaines de ces questions ont été étudiées par des commissions d'enquête parrainées par des gouvernements et ont fait l'objet de recommandations en matière de réglementation de ces techniques.

Les préoccupations et les questions soulevées par les techniques de conception assistée sont nombreuses. Elles sont liées aux techniques mêmes, aux dispositions prises du point de vue social, et au rapport entre l'utilisation des techniques, d'une part, et le contrôle de son corps ainsi que le droit à l'autodétermination, d'autre part. Selon la Coalition canadienne pour la création d'une commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine, la science progresse

---

(147) Association nationale de la femme et le droit, "Reproductive Issues - Reproductive Technology", résolution 1989 (16).

(148) Coalition canadienne pour la création d'une commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de la reproduction humaine (novembre 1987).

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

plus rapidement que notre capacité à s'adapter aux répercussions sociales de ces nouvelles techniques. La Coalition considère qu'une commission royale constitue la meilleure tribune pour sensibiliser le public, tenir un débat et adopter des résolutions, de façon à ainsi pouvoir explorer les aspects sociaux liés à l'utilisation de ces techniques et à déterminer les limites qui devraient s'appliquer.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

GLOSSAIRE(149)

Banque de sperme: Endroit où l'on conserve du sperme par cryopréservation en vue de l'utiliser à des fins d'insémination artificielle.

Chlamydia: Une MTS causée par une bactérie, la Chlamydia trachomatis. Chez la femme, les infections à chlamydia sont responsables de 25 à 50 p. 100 des cas de salpingo-oophorite (maladie inflammatoire pelvienne) relevés annuellement. De nos jours, la chlamydia est la MTS la plus courante aux États-Unis.

Chromosome: Corps en bâtonnet du noyau cellulaire qui porte les gènes responsables de la transmission des caractéristiques héréditaires.

Conception assistée: Conception par des moyens autres que les rapports sexuels.

Cryopréservation: La préservation de sperme, d'embryons et d'ovules par congélation à des températures extrêmement basses.

Cycle oestral ou menstruel: Processus de l'ovulation dans lequel un ovocyte arrive à maturité chaque mois à l'intérieur d'un follicule qui se produit sur la surface de l'ovaire. Au moment de l'ovulation, le follicule se rompt, libérant l'ovule qui pénètre dans une trompe de Fallope. En l'absence de fécondation et de nidation, le tissu qui tapisse la paroi interne de l'utérus est expulsé, ce qui produit le flux menstruel. Un cycle oestral normal est de 28 jours.

Dispositif intra-utérin (DIU): Dispositif de contraception inséré dans la cavité utérine par le col de l'utérus.

Don d'embryon: Transfert d'une femme à une autre d'un embryon obtenu par insémination artificielle et lavage ou, plus couramment, par FIV.

Donneuse d'ovule: Une femme qui fait don d'un de ses ovules à une autre femme.

Échographie: Utilisation d'ondes sonores à haute fréquence ultrasons concentrées sur le corps dans le but d'obtenir une image vidéo des tissus, organes et structures internes. L'échographie est particulièrement utile pour l'examen in utero d'un foetus, pour évaluer le développement des follicules ovariens et pour guider le prélèvement des ovules pour la FIV et le transfert tubaire des gamètes.

Embryon: Terme utilisé pour décrire le stade de développement allant de la deuxième à la neuvième semaine suivant la conception. Pendant cette période, la spécialisation des cellules s'effectue rapidement et le

---

(149) Le glossaire suivant provient du U.S. Congress Office of Technology Assessment (1988), p. 383-388.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

cerveau, les yeux, le coeur, les membres inférieurs et les membres supérieurs et d'autres organes sont formés.

Endométriose: Présence de tissu endométrial (muqueuse utérine normale) dans des endroits anormaux comme dans les trompes de Fallope, sur les ovaires ou dans la cavité péritonéale. L'endométriose peut entraver presque n'importe laquelle des phases du cycle oestral et est l'une des grandes causes d'infertilité chez la femme. On ne connaît pas encore à fond les causes et l'évolution de l'endométriose.

Épreuves diagnostiques: Épreuves effectuées pour évaluer la santé de l'appareil reproducteur. Chez les femmes, elles peuvent porter sur des indicateurs directs (irrégularité des règles, niveaux hormonaux, mucus cervical) et sur des indicateurs indirects (biopsie, laparoscopie, échographie). Chez les hommes, elles comprennent l'examen du sperme, le bilan endocrinien, la biopsie des testicules et l'évaluation des dysfonctions sexuelles.

Examen du sperme: Évaluation des caractéristiques fondamentales du sperme comme l'apparence, le volume, la liquéfaction et la viscosité, et la concentration et la motilité des spermatozoïdes. La présence d'infections bactériennes et de désordres immunologiques peut également être déterminée au moyen d'un examen du sperme. C'est l'épreuve diagnostique fondamentale utilisée pour évaluer l'infertilité masculine.

Fécondation: Pénétration d'un ovule par un spermatozoïde et combinaison subséquente de l'ADN maternel et de l'ADN paternel.

Fécondation in vitro (FIV): Technique de conception assistée (parfois appelée fécondation en éprouvette) dans laquelle des ovocytes arrivés à maturité sont prélevés dans l'ovaire d'une femme et fécondés au moyen de sperme dans un laboratoire (voir "transfert d'embryon").

Fécondation in vivo: Fécondation d'un ovule par un spermatozoïde à l'intérieur du corps de la femme. Le sperme peut être introduit par coït ou par insémination artificielle.

Foetus: L'embryon devient un foetus après environ neuf semaines de gestation. Ce stade de développement va de la neuvième semaine à la naissance et est caractérisé par la croissance et la spécialisation des organes.

Gamète: Une cellule reproductrice. Chez l'homme, les gamètes sont les spermatozoïdes. Chez la femme, ce sont les ovules.

Gamètes de donneurs: Ovules ou sperme donnés par des particuliers à des fins de conception assistée.

Gonorrhée: Une MTS causée par la bactérie Neisseria gonorrhoeae. Chez la femme, si l'infection n'est pas traitée, elle peut atteindre l'utérus et les trompes de Fallope et causer une salpingo-oophorite. Chez

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

l'homme, elle peut causer une épididymite et affecter la qualité du sperme.

Grossesse ectopique: Grossesse qui se produit en dehors de l'utérus, le plus souvent dans une trompe de Fallope.

Implantation (ou nidation): Processus par lequel l'ovule fécondé (zygote) se fixe à la paroi interne de l'utérus (endomètre).

Inducteurs de l'ovulation: Composés chimiques utilisés dans le traitement des dysfonctions ovulatoires. Ils comprennent le citrate de clomiphène, la gonadostimuline humaine, la bromocriptine, les glucocorticoïdes et la progestérone.

Infertilité: Inaptitude d'un couple à concevoir après douze mois de relations sexuelles sans contraception.

Insémination artificielle (IA): Introduction de sperme dans le vagin ou l'utérus d'une femme par des méthodes autres que le coït, en vue de la conception.

Insémination intracervicale: Technique d'insémination artificielle dans laquelle le sperme est placé à l'intérieur ou près du col de l'utérus à l'aide d'une seringue ou d'un cathéter en vue d'une conception.

In vitro: Littéralement, "dans du verre"; se dit d'un processus ou d'une réaction biologique qui a lieu dans un milieu artificiel, généralement un laboratoire.

In vivo: Littéralement, "dans la vie"; se dit des processus ou réactions biologiques qui se produisent dans une cellule ou un organisme vivant.

Laparascopie: Visualisation directe des ovaires et de l'extérieur des trompes de Fallope et de l'utérus par l'insertion d'un laparoscope (instrument optique long, étroit et muni d'une lampe par une petite incision chirurgicale pratiquée sous l'ombilic pour évaluer des anomalies. Des interventions chirurgicales peuvent également être réalisées au moyen de cette technique.

Lavage de sperme: Dilution d'un échantillon de sperme au moyen de divers liquides de culture en vue de séparer les spermatozoïdes viables des autres composantes du sperme.

Lavage utérin: Rinçage de l'utérus pour recouvrer un embryon avant qu'il ne s'implante.

Maladies transmises sexuellement (MTS): Maladies infectieuses transmises principalement par contact sexuel; elles comprennent la syphilis, la gonorrhée, la chlamydia, l'herpès et le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Mère porteuse: Une mère qui porte et rend à terme un embryon avec lequel elle n'a aucun lien génétique, avec l'intention de le donner à la naissance.

Mère porteuse biologique: Une femme fécondée par insémination artificielle qui porte un embryon et le rend à terme, avec l'intention de le donner à la naissance.

Motilité des spermatozoïdes: Aptitude des spermatozoïdes à se mouvoir normalement.

Mucus cervical: Mucus produit par le col de l'utérus et dont les propriétés physiques subissent des changements complexes en réaction à des modifications des niveaux hormonaux durant le cycle oestral. Ces changements facilitent la survie et le transport du sperme.

Ovaires: Paire de glandes sexuelles femelles dans lesquelles les ovocytes se développent et sont entreposés, et où l'oestrogène et la progestérone sont produites.

Ovocyte: Gamète femelle produit par l'ovaire.

Ovulation: Libération d'un ovule par l'ovaire de la femme, généralement vers le milieu du cycle oestral.

Ovule: Ovocyte parvenu à maturité.

Salpingo-oophorite: Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) souvent causée par une MTS non traitée. Les bactéries qui causent la gonorrhée, la chlamydia ou d'autres infections peuvent remonter les voies génitales inférieures jusqu'à l'endomètre (endométriose), aux trompes de Fallope (causant des salpingites) et aux ovaires (causant des oophorites).

Spermatozoïde: La cellule reproductrice mâle ou gamète mâle. Un spermatozoïde normal a une tête ovale symétrique, une pièce intermédiaire épaisse et une longue queue effilée.

Sperme: Fluide composé de sécrétions des vésicules séminales, de la prostate et des glandes adjacentes de l'urètre chez l'homme. Le sperme contient les spermatozoïdes et est éjaculé durant l'acte sexuel.

Technique ou traitement à caractère expérimental: Technique ou traitement dont la sûreté et l'efficacité n'ont pas encore été démontrées.

Testicules: Paire de glandes sexuelles mâles dans lesquelles sont produits les spermatozoïdes et une hormone stéroïde, la testostérone.

Transfert d'embryon: Transfert d'un ovule fécondé <u>in vitro</u> de son éprouvette dans l'utérus de la femme.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Transfert tubaire des gamètes: Technique de conception assistée dans laquelle les ovocytes parvenus à maturité (ovules) sont chirurgicalement prélevés, puis réintroduits dans le corps de la femme en même temps que le sperme au moyen d'un cathéter introduit dans les trompes de Fallope où l'on espère que la fécondation aura lieu.

Trompe de Fallope: Une des deux trompes par lesquelles l'ovule se rend de l'ovaire à l'utérus. La fécondation a généralement lieu dans une des trompes. Des trompes bloquées ou endommagées sont une des principales causes de l'infertilité féminine.

Zygote: Ovule fécondé produit de la fusion des gamètes et contenant l'ADN des deux parents.